

ÉCOLE NATIONALE VÉTÉRINAIRE D'ALFORT

ANNÉE 1928

THÈSE

N° 45

POUR

LE DOCTORAT VÉTÉRINAIRE

(Diplôme d'État)

Soutenue devant la FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS en 1928

PAR

MEHMED TEWFIK

Né le 10 juillet 1893, à Smyrne (Turquie)

Médecin Vétérinaire turc en mission d'Etudes en France

Ancien chef Vétérinaire de la Municipalité de Péra

Certificat de technique Physiologique de la Faculté de Médecine de Paris

Assistant au Laboratoire de M. le Professeur Coquot (Ecole d'Alfort)

L'Hystérectomie

chez les Carnivores

JURY :

Président : M. JEANNIN, professeur à la Faculté de Médecine.
Assesseurs { M. COQUOT, } professeurs à l'École Nationale Vété-
 { M. ROBIN, } rinaire d'Alfort.

PARIS

LIBRAIRIE M. LAC

ÉDITEUR

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, PARIS (VI^e Arr.)

1 9 2 8

L'Hystérectomie chez les Carnivores

ANNÉE 1928

THÈSE

N° 45

POUR

LE DOCTORAT VÉTÉRINAIRE

(Diplôme d'État)

Soutenue devant la FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS en 1928

PAR

MEHMED TEWFIK

Né le 10 juillet 1893, à Smyrne (Turquie)

Médecin Vétérinaire turc en mission d'Etudes en France

Ancien chef Vétérinaire de la Municipalité de Péra

Certificat de technique Physiologique de la Faculté de Médecine de Paris

Assistant au Laboratoire de M. le Professeur Coquot (Ecole d'Alfort)

L'Hystérectomie

chez les Carnivores

JURY :

Président : M. JEANNIN, professeur à la Faculté de Médecine.
Assesseurs { M. COQUOT, } professeurs à l'École Nationale Vété-
 { M. ROBIN, } rinaire d'Alfort.

PARIS

LIBRAIRIE M. LAC

ÉDITEUR

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, PARIS (VI^e Arr.)

Personnel enseignant de l'Ecole Vétérinaire d'Alfort

DIRECTEURS HONORAIRES

MM. P.-J. CADIOT et H. VALLÉE.

DIRECTEUR

M. E. NICOLAS.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. G. BARRIER, Inspecteur général honoraire des Ecoles Vétérinaires,
P.-J. CADIOT, A. RAILLIET, H. VALLÉE

PROFESSEURS ET CHARGES DE COURS

	MM.
Anatomie descriptive des animaux domestiques.....	BRESSOU.
Physiologie, thérapeutique générale	MAIGNON.
Physique et Chimie médicales, toxicologie, pharmacie....	NICOLAS.
Parasitologie et maladies parasitaires, clinique ; Zoo- logie	HENRY.
Pathologie médicale des équidés et des carnassiers, clinique ; sémiologie et propédeutique, jurispru- dence	ROBIN.
Pathologie chirurgicale des équidés et des carnassiers, clinique ; anatomie chirurgicale, médecine opératoire et ferrure	COQUOT.
Pathologie bovine, ovine, caprine, porcine et aviaire, clinique ; médecine opératoire, obstétrique.....	MOUSSU.
Pathologie générale et microbiologie, maladies micro- biennes et police sanitaire, clinique.....	PANISSET.
Histologie et embryologie, anatomie pathologique ; autopsies	PETTIT.
Zootéchnie et économie rurale.....	DECHAMBRE.
Agronomie, botanique et hygiène ; matière médicale....	DECHAMBRE ET HENRY.
Industrie et contrôle des produits d'origine animale....	VERGE.

AGREGES

MM. LESBOUYRIES, VERGE

CHEFS DE TRAVAUX

MM. DELMER.
LESBOUYRIES.

MM. MONVOISIN.
MOUSSU (R.).

M. VERGE.



La Faculté de Médecine et l'Ecole Vétérinaire déclarent que les opinions émises dans les dissertations qui leur sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'eux n'entendent leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE ET MA MERE

A MONSIEUR RAHMI BEY

le Ministre de l'Agriculture de Turquie

Qui nous a permis de terminer nos études
en France.

Hommage de sincère reconnaissance.

A MON FRERE

En témoignage de reconnaissance pour la
sollicitude qu'il a, dès mon enfance, apportée
à mon éducation.



A MONSIEUR LE PROFESSEUR COQUOT

*Professeur de Pathologie et clinique chirurgicale
à l'Ecole vétérinaire d'Alfort*

Dont les conseils éclairés furent pour nous
le guide le plus précieux. Qu'il trouve ici
l'expression de notre sincère gratitude et de
notre reconnaissance infinie.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ROBIN

*Professeur de Pathologie et clinique médicale
à l'Ecole vétérinaire d'Alfort*

Nous lui exprimons ici notre très vive reconnaissance et notre gratitude pour l'intérêt qu'il nous a toujours témoigné.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR M. JEANNIN

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter
la présidence de notre thèse.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR NICOLAS

Directeur de l'Ecole vétérinaire d'Alfort

Hommage de reconnaissance.

A MONSIEUR R. MOSSU

Chef de travaux

En témoignage de remerciement pour ses
utiles conseils.

A TOUS MES MAITRES

de l'Ecole vétérinaire d'Alfort

A TOUS MES MAITRES

de l'Ecole civile supérieure vétérinaire de Stamboul

A TOUS MES AMIS ET MES CAMARADES

L'Hystérectomie chez les Carnivores

INTRODUCTION

La médecine canine a pris dans ces dernières années, dans la ville surtout, une place de première importance qui ne fera que s'accroître. La consultation et le mouvement hospitalier de l'Ecole Vétérinaire d'Alfort traduit bien cette orientation et montre la physionomie nouvelle de la profession vétérinaire dans les centres urbains.

Il y a aujourd'hui pourrait-on dire, deux faces de la médecine vétérinaire : la médecine rurale, de beaucoup la plus importante au point de vue économique et professionnel, et la médecine des villes qui par son but et ses moyens, s'apparente beaucoup et plus étroitement à la médecine de l'homme.

Parmi les affections du chien, celles des organes génitaux femelles, les métrites en particulier, occupent une place de première importance, tant par leur fréquence et leurs conditions particulières d'apparition que par les difficultés que présente leur traitement.

Les cornes utérines, sont chez la chienne et la chatte, longues et flexueuses, et dans l'infection, en particulier dans les pyométrites, les traitements médicaux restent insuffisants et ne permettent pas d'obtenir la guérison.

Le traitement chirurgical, l'hystérectomie est le moyen de choix.

Sur les indications de M. le Professeur Coquor, nous avons étudié les différentes méthodes d'hystérectomie pour en dégager le procédé de choix. Nous avons pu montrer que l'hystérectomie est chez la chienne, une intervention d'exécution facile, qui donne un pourcentage élevé de succès quand elle est pratiquée dans les conditions favorables que nous avons pu préciser.

Nous sommes heureux de l'occasion que nous fournit ce travail pour adresser à nos maîtres de l'Ecole d'Alfort nos remerciements les plus affectueux et l'hommage de notre profonde reconnaissance. L'accueil qui nous a été fait en France et à Alfort en particulier, nous a profondément ému. Nous en conserverons un souvenir impérissable, et plus tard, rentré dans notre pays, nous considérerons comme un devoir, de contribuer aussi largement que possible, à faire mieux connaître et aimer la France si accueillante aux étrangers qui travaillent, et l'enseignement vétérinaire français dont l'esprit, à la fois scientifique et pratique nous a vivement impressionné.

Nos remerciements vont à tous nos maîtres de l'Ecole d'Alfort et plus particulièrement à M. le Professeur Coquor et au Chef de Clinique, M. Raymond Moussu, qui nous ont conseillé, guidé, réconforté et soutenu de leur affectueuse estime.

Nous conserverons également le meilleur souvenir des étudiants, nos camarades, qui nous ont accueilli avec

sympathie et avec cette largeur d'esprit qui fait honneur au caractère français et qui rend si doux le séjour en France de ceux qui sont éloignés de leur Patrie.

A tous, du plus profond du cœur : Merci.

CHOIX DU SUJET

Nous avons entrepris l'étude de l'hystérectomie chez les petites femelles domestiques pour de nombreuses raisons.

Cette intervention a rendu de très grands services dans le traitement de certaines affections des organes génitaux presque incurables ou rebelles aux autres moyens thérapeutiques, ainsi que dans certains accouchements dystociques.

Elle procure d'autre part pleine satisfaction aux propriétaires, souvent très attachés à leurs animaux et accroît le prestige du chirurgien vétérinaire qui, par son intervention bien conduite, conserve ses malades à l'affection de leurs maîtres.

L'hystérectomie s'effectue par de nombreuses méthodes auxquelles différentes critiques ont été adressées : pour toutes ces raisons et en appliquant strictement les règles rigoureuses de l'asepsie et de l'antisepsie nous avons essayé de mettre au point une technique opératoire d'application courante dans la pratique en même temps que féconde dans ses résultats.

Nous adopterons pour notre travail le plan suivant :

CHAPITRE I

- A. — Définition.
- B. — Historique.
- C. — Indications $\left\{ \begin{array}{l} 1. \text{ Obstétricales.} \\ 2. \text{ Thérapeutiques et pathologiques.} \end{array} \right.$
- D. — Contre indications.
- E. — Aperçu anatomique $\left\{ \begin{array}{l} 1. \text{ Paroi abdominale.} \\ 2. \text{ Organes génitaux.} \end{array} \right.$

CHAPITRE II

- A. — Matériel.
- B. — Préparation du sujet.
- C. — Anesthésie.
- D. — Stérilisation pré-opératoire.

CHAPITRE III

Division de l'hystérectomie.

- A. — Hystérectomie vaginale.
- B. — — — inguinale.
- C. — — — abdominale.
- D. — Choix d'une méthode.
- E. — Soins consécutifs, accidents et complications.

CHAPITRE IV

OBSERVATIONS PERSONNELLES.

RÉSULTATS.

CONCLUSION.

BIBLIOGRAPHIE.

TABLE DES MATIÈRES.

CHAPITRE PREMIER

A. DEFINITION

L'Hystérectomie (du grec *ὕστερα*, matrice ou mieux utérus et *ἐκτομή*, ablation) est une opération qui consiste à pratiquer l'ablation partielle ou totale de l'utérus, par voie vaginale, inguinale ou abdominale. Elle est encore désignée sous le nom de métrotomie (*μήτρα*, utérus, *τομή* section) ou d'opération césarienne mutilatrice.

B. HISTORIQUE

En médecine humaine, l'hystérectomie par voie vaginale fut réalisée pour la première fois en 1822 par SAUTER, pour le cancer, en même temps par KOTTMANN et PEAN pour le fibrome.

L'hystérectomie abdominale a été pratiquée couramment à partir de 1840, mais pendant 20 ans, les tentatives en furent timides et peu nombreuses.

KOEBERLE, en 1863, donne une bonne technique et pratique l'hystérectomie abdominale supra-vaginale ou partielle avec pédicule externe.

C'est six ans plus tard, en 1869, que PEAN fit sa première opération, également avec pédicule externe et présenta son opérée guérie à l'Académie de Médecine de Paris. La méthode se perfectionne, mais ce n'est qu'en

1878, que SEHROEDER propose d'abandonner le pédicule dans la cavité péritonéale, après avoir affronté les bords du moignon. Si la technique se modifie, l'opération est toujours assez rarement pratiquée, et elle ne devient courante qu'après la rigoureuse impulsion que lui ont imprimée les succès de KELLY, DOYEN, RICHELOT, SECOND et FAURE.

L'hystérectomie vagino-abdominale a été exécutée pour la première fois par FREUND en 1878.

L'hystérectomie abdomino-vaginale a été conçue par PEAN, mais pratiquée par SECHEYRON, en 1886.

L'hystérectomie par la voie sacrée a été exécutée sur le cadavre par HERZFELD, en 1888, et pratiquée sur le vivant par HOCHENEGG, en 1889.

L'hystérectomie totale par voie abdominale est pratiquée par SIMON et MARTIN; l'utérus cancéreux enlevé par la voie sacrée (E. ZUCKERKANDL), par voie para-coccygienne (WOLFLER) et enfin par la voie périnéale (FROMMEL).

Nous n'avons trouvé aucun document relatif à l'hystérectomie inguinale.

En Médecine Vétérinaire : l'Hystérectomie abdominale n'est pas de pratique ancienne, en chirurgie vétérinaire : c'est LIENAU, professeur agrégé à l'Ecole VÉTÉRINAIRE, qui, en 1895, pratiqua le premier l'hystérectomie totale sur cinq chiennes, en cas d'accouchement dystocique, après incision supra-cervicale de l'utérus, imitant la technique employée chez la femme par PORRO, en 1876. LIENAU sauva trois opérées sur cinq.

En 1902, BOUCHET abandonne le moignon dans la

cavité abdominale, après l'avoir cautérisé au thermo-cautère.

En 1903, SPARTZ opère par l'incision du flanc, à un travers de doigt au-dessus de l'angle de la hanche; après ligature du moignon il préconisa sa désinfection par les antiseptiques.

A la même époque, POST pratique l'invagination du moignon qu'il saisit par le vagin, avec une pince, et il complète par une suture séro-séreuse.

La même année, OVERBOSCH pratiqua pour la première fois l'hystérectomie partielle par voie inguinale.

En 1904, CHANIER, par voie inguinale réussissait l'hystérectomie totale, mais laissait les ovaires dans l'abdomen. En même temps, PICHARD, opérant par voie abdominale, recommandait la mortification intra-abdominale de l'extrémité du moignon. Il plaçait une ligature très serrée sur le corps de l'utérus qu'il sectionnait et laissait les chefs passer à travers la plaie cutanée; huit à dix jours plus tard, par traction sur les fils, il extrayait la partie mortifiée.

BERGEON, en 1906, recommande dans l'ablation totale, la ligature sur le vagin et la désinfection du moignon.

Il faut arriver en 1914 pour voir naître deux nouveaux procédés. CHARMOY préconise l'hystérectomie inguinale, la suture de la section des cornes en arrière des ovaires qu'il laisse dans l'abdomen avec les pointes des cornes.

Enfin le Professeur A. COQUOT et ses collaborateurs recommandent l'hystérectomie abdominale totale avec péritonisation du moignon.

Depuis cette époque, aucune modification n'a été apportée dans la technique de l'hystérectomie. Cette opération pratiquée couramment à l'heure actuelle en chirurgie humaine, ne jouit pas d'une grande vogue en chirurgie vétérinaire où l'on hésite encore à opérer dès le début des accouchements dystociques. On essaie toujours des manœuvres obstétricales, ou on continue inutilement à traiter une pyométrite. L'extraction forcée est souvent inefficace, mais presque toujours dangereuse par les blessures utérines qu'elle provoque. Il n'est pas rare, en effet, de voir des perforations utérines ou vaginales, des arrachements de la muqueuse génitale très étendus consécutifs à ces manœuvres. Nous pensons que l'hystérectomie mérite d'être beaucoup plus souvent employée ; bien que son exécution soit assez longue et délicate, elle constitue néanmoins le seul moyen de sauver la malade.

C. INDICATIONS

L'hystérectomie est depuis quelques années pratiquée chez nos carnivores, comme dernière ressource dans un but obstétrical, ou dans un but thérapeutique, quand les autres moyens ont échoué.

I. — INDICATIONS OBSTETRICALES

L'hystérectomie est pratiquée dans le cas de certaines dystocies fœtales ou maternelles et plus rarement dans certaines gestation extra-utérines.

a) *Dystocies fœtales* : elles ne sont pas rares chez nos petites femelles et peuvent être dues aux mauvaises présentations ou être indépendantes de celles-ci.

C'est ainsi qu'on l'observe dans le cas de présentation antérieure, quand la tête, les membres postérieurs prennent certaines directions vicieuses ; dans les présentations postérieures également, par situation anormale des membres ; dans les positions dorso-lombaire et sterno-abdominale ; par développement défectueux et anormal du fœtus dans l'utérus, où l'on peut voir les membres postérieurs dans la corne opposée.

Les dystocies indépendantes des présentations sont beaucoup plus fréquentes chez les chiennes et les chattes et tiennent, le plus souvent à l'excès du volume du fœtus, par rapport au diamètre du canal pelvien. Ce volume excessif du fœtus s'observe souvent chez certaines races particulières que nous citerons plus loin ; il résulte parfois du contact sexuel entre des sujets de taille disproportionnée.

Certaines maladies du fœtus peuvent causer des dystocies ; la décomposition et la putréfaction sont le point de départ d'accidents septiques, chez la mère.

La multiparité et certaines monstruosité sont également des causes de dystocie.

b) *Dystocies maternelles* : Angustie pelvienne. La mère est souvent la cause d'un accouchement dystocique, en raison de l'étroitesse de son canal pelvien. L'angustie pelvienne peut être normale dans certaines races ; fréquemment, elle résulte d'une fracture mal consolidée du bassin, on l'observe encore dans le rachitisme ou dans

certains cas de tumeurs pelviennes. La déviation et la torsion de l'utérus peuvent se produire chez nos petites femelles ; elles ont comme siège le col, ou une corne, et l'accouchement devient quelquefois impossible. Quand les manœuvres de taxis extra-abdominal ont échoué ou si, au cours du taxis direct, on constate de la gangrène de la portion tordue ou une rupture utérine, l'hystérectomie s'impose.

La race de la mère a une grande importance; on rencontre fréquemment des accouchements difficiles, à chaque parturition et par angustie pelvienne sur les griffons bruxellois, les toy ou fox-terriers, les schipperkes, les spirtz, les bassets, les chattes d'Angora, etc...

Quand on est appelé pour intervenir dans un accouchement dystocique, on doit se rendre compte des nombreuses difficultés qu'oppose le conduit génital aux manœuvres de l'extraction du fœtus par voie naturelle. En effet, le canal pelvien est long chez nos petites carnivores; les fœtus souvent arrêtés bien en avant du détroit antérieur, l'embryotomie suivie d'extraction sont complètement impossibles; il faut pratiquer cette extraction par la voie artificielle.

Dans d'autres cas le fœtus est accessible, mais les manœuvres sont inefficaces et l'extraction forcée est contre-indiquée en raison de l'angustie pelvienne. Enfin, le chirurgien peut être appelé tardivement : la mère est fatiguée, épuisée par les efforts ou présente des phénomènes fébriles faisant craindre une infection utérine dont l'évolution toujours rapide impose l'hystérectomie précoce.

On préférera toujours l'ablation utérine à l'opération

césarienne : plus simple, plus rapide, l'hystérectomie en respectant l'utérus, n'expose pas aux souillures péritonéales au cours de l'opération ou après la suture.

Hernies. — L'hystérocèle ou hernie de l'utérus est observée assez fréquemment chez les carnivores et constitue un accouchement dystocique assez grave, car seule l'opération césarienne ou mieux encore l'hystérectomie permettent de sauver la mère en assurant la vie des fœtus contenus dans l'organe ectopié.

La hernie utérine se produit généralement dans l'intervalle de deux accouchements; à ce moment les cornes de l'utérus reposent sur la paroi abdominale comme la masse intestinale et sous l'influence d'une cause traumatique agissant sur l'abdomen, l'hystérocèle survient. Mais le plus souvent elle se présente au niveau de la dernière mamelle, parfois même des deux côtés, sans qu'il y ait eu aucun accident : c'est la hernie utérine inguinale ; on l'observe le plus souvent chez les chiennes âgées et grasses et celles qui ont eu plusieurs portées. Au début, cette hernie se présente sous l'aspect d'une tumeur molle, réductible ; ses dimensions varient d'un œuf de poule à une pomme.

Cette tumeur, après la fécondation sous l'influence d'une greffe placentaire, grossit au fur et à mesure que la gestation avance, devient résistante et irréductible à cause des adhérences qui surviennent avec le sac herniaire ou les organes ectopiés. L'utérus se développe, l'anneau inguinal conserve ses caractères et au moment du terme l'expulsion du fœtus devient impossible par les voies naturelles. Rarement on constate chez les carnivo-

res le cas de rétention avec momification du fœtus, observée si fréquemment chez les Bovidés. Le plus souvent le fœtus meurt ; une endo-métrite survient et, par le col resté plus ou moins béant, les microbes gagnent le fœtus qui s'infecte, se décompose et finit par s'éliminer après ulcération de son organe et du sac.

Il se produit de cette façon une sorte d'opération césarienne spontanée, qui nous démontre encore, combien est nécessaire la pratique de l'hystérectomie.

En présence d'une hernie de l'utérus non gravide, la réduction s'impose. Dans le cas d'une réduction laborieuse, on a recours à l'hystérectomie partielle : toujours on doit s'assurer que la malade n'est pas atteinte d'une métrite chronique ou pyométrite, cas dans lequel l'hystérectomie totale doit être pratiquée.

Quand la hernie utérine renferme des fœtus la conduite dépend du volume de l'ectopie ; si celle-ci est peu volumineuse, la réduction est simple ; dans le cas contraire, la réduction est impossible, car elle nécessiterait le débridement large de l'orifice supérieur du canal inguinal ainsi que des pressions sur l'organe ectopié, lesquelles pourraient déterminer la mort du fœtus ou une déchirure de l'utérus. Enfin, dans les cas où la corne ectopiée présente des signes de gangrène ou une déchirure, l'intervention s'impose : opération césarienne ou hystérectomie. L'opération césarienne est plus délicate, de longue durée ; on n'est jamais certain de refouler dans la cavité abdominale un organe complètement sain et l'on doit toujours redouter les complications de métrite ou de péritonite. SAINT-CYR et VIOLET conseillent d'at-

tendre le terme de la gestation pour intervenir ; nous préférons opérer pendant la période de gestation ; les chances de réussite sont beaucoup plus grandes que pendant l'accouchement ou l'on opère sur une malade fatiguée, épuisée, débilitée, dont l'utérus, moins résistant peut s'infecter facilement.

La théorie de SAINT-CYR ne peut être qu'exceptionnellement appliquée, dans le cas où l'on désire conserver le fœtus à la vie ; mais on risque davantage celle de la mère qu'en opérant au cours de la gestation.

II. — INDICATIONS THERAPEUTIQUES ET PATHOLOGIQUES

a) *La déchirure de l'utérus* survient le plus souvent pendant la période de gestation. En raison de son volume, l'utérus repose directement sur la paroi ventrale et se trouve ainsi exposé à toutes les actions traumatiques extérieures. Souvent la déchirure résulte de manœuvres de l'accoucheur lors de l'extraction du fœtus par voie vaginale; elle peut se produire au cours d'un accouchement dystocique, à cause des efforts violents de contraction. Ces déchirures sont dues le plus fréquemment à l'hydropisie de l'amnios, ou à la putréfaction du fœtus; le dégagement de gaz provoque la distention des parois et leur éclatement.

Si les déchirures sont profondes et transversales (sérieuse, musculieuse, muqueuse), il y a toujours danger à laisser l'utérus déchiré, dans la cavité péritonéale et l'hystérectomie doit être conseillée.

b) *Tumeurs de l'utérus* : Chez les carnivores, les tumeurs se développent assez fréquemment sur les organes génitaux (utérus et annexes) : elles sont de nature variable ; ce sont des fibromes, fibro-myomes, fibro-sarcomes : quand ces tumeurs sont volumineuses et non pédiculées, ainsi que dans les cas d'épithéliome ou de carcinome, ou de kystes multiples, l'hystérectomie partielle ou totale est l'opération de choix.

c) *Affections des ovaires et des trompes* : L'inflammation de l'ovaire ou ovarite et celle de la trompe, la salpingite s'observent chez nos carnivores, ou elles sont la conséquence d'une métrite, d'un processus inflammatoire péritonéal ou d'une maladie générale comme la tuberculose. Souvent le processus inflammatoire peut gagner l'utérus et l'infecter ; l'ablation de la matrice et de ses annexes est alors nécessaire.

d) *Les métrites* : les métrites sont fréquentes chez nos petites carnivores. On les observe à la suite d'une parturition, d'un avortement, d'une rétention placentaire ou fœtale d'origine traumatique, de plaies utérines fréquentes même après un accouchement physiologique ; on les a signalées à la suite des chaleurs ou d'un refroidissement. Elles peuvent être secondaires dans certaines maladies générales comme la métrite tuberculeuse par exemple.

Les métrites aiguës débutent sous différentes formes : endométrite, métrite septique ou périmétrite, dont l'évolution et la gravité dépendent de l'intensité du processus inflammatoire.

La guérison ne s'observe que dans les formes légères,

mais dans les formes graves, les complications de pelvi-péritonite et de paramérite peuvent provoquer la mort en quelques jours.

Enfin la métrite passe souvent à l'état chronique et c'est dans ce cas que l'hystérectomie est le seul traitement à conseiller.

Les métrites chroniques sont des maladies redoutables et rebelles au traitement médical. Les animaux maigrissent et meurent dans le marasme ou par péritonite résultant de l'extension de l'inflammation au péritoine. Dans certains cas la muqueuse utérine s'enflamme, s'épaissit ; des végétations apparaissent ainsi que des rétrécissements circulaires en forme d'anneaux de couleur foncée, qui déterminent des ampoules pleines de pus.

J'ai eu l'occasion, à l'Ecole vétérinaire d'Alfort, en pratiquant l'autopsie d'une chatte sacrifiée, de constater sur les cornes de l'utérus, de place en place, des rétrécissements circulaires déterminant ainsi des sortes d'ampoules de grosseur variant des dimensions d'une noisette à celles d'un œuf de poule. Les ampoules étaient sans communication entre elles et, dans l'ampoule la plus proche de l'ovaire gauche, j'ai eu la surprise de voir un petit fœtus assez développé et putréfié, ce qui me fit supposer que c'était la cause de la métrite, les autres ampoules renfermant un pus crémeux grisâtre.

J'ai observé également chez une chienne à l'autopsie, les deux cornes transformées en ampoules de volume variable : dans l'une des cornes, j'ai compté six ampoules, dans l'autre cinq et la sonde ne m'a pas permis de passer à travers la cloison d'une ampoule à l'autre.

A la pression exercée par les doigts, il n'y avait pas passage du pus d'une dilatation à une autre, ces culs de sac cloisonnés expliquent l'inefficacité du traitement habituel: la solution antiseptique ne peut passer d'une ampoule dans une autre; l'inflammation se propage, par continuité de tissus, aux organes et détermine une salpingo-ovarite ou une pelvi-péritonite très grave.

D'autre fois le col se ferme par un bouchon muqueux et le pus se collecte dans l'utérus, donnant lieu à une pyométrite. L'utérus peut ainsi prendre un volume considérable par rapport au corps de l'animal, ce qui fait penser parfois à l'ascite. Les cornes de l'utérus peuvent atteindre la grosseur d'un bras d'enfant ou se transformer en une poche remplie d'une quantité plus ou moins grande de pus, allant parfois de un à trois kilos, avec une muqueuse et des parois peu épaisses. Le pus ainsi collecté augmente la pression intra-utérine qui chasse le bouchon obturateur: l'écoulement par la vulve se produit sous forme de flot s'accompagnant d'une diminution de volume du ventre.

Pendant que j'exerçais à Constantinople, en 1922, un client me présenta une chienne caniche, âgée de 9 ans et atteinte de vomissements. La chienne avait en outre un ventre très volumineux sans écoulement vulvaire. Une ponction exploratrice donna issue à une petite quantité de pu. A l'autopsie, j'eus la surprise de constater que l'utérus était transformé en une vaste poche renfermant plus de deux kilos de pus crémeux.

Chez nos petites carnivores nous ne devons pas compter sur les injections antiseptiques; celles-ci produi-

sent rarement la guérison des pyométrites ; le vétérinaire ne peut les effectuer lui-même une ou deux fois par jour et, d'autre part, il est impossible de faire le lavage complet de la muqueuse utérine.

L'hystérectomie seule permet de sauver la malade, à la condition toutefois que son état général soit encore satisfaisant; l'opération n'a guère de chances de succès sur des intoxiquées chroniques, amaigries et débilitées, incapables de résister au choc opératoire.

D. CONTRE INDICATIONS

L'hystérectomie est contre indiquée dans l'albuminurie et la glycosurie, car ces affections sont défavorables à la cicatrisation régulière des plaies.

On n'opère que dans le cas de péritonite avancée, avec symptômes alarmants (fièvre etc...), quand la malade est débilitée, comateuse, incapable de supporter le choc opératoire.

Dans la métrite tuberculeuse, l'opération est inutile, car en enlevant l'utérus, on ne sauve pas la malade qui contamine, pendant la courte durée de sa vie, le milieu extérieur et devient extrêmement dangereuse pour l'entourage.

Théoriquement, on ne devrait tenter l'opération que dans le cas de métrite exclusivement primitive, mais comme le diagnostic n'en est posé qu'à l'autopsie, on doit, en règle générale sacrifier la malade, quand on obtient une réaction à la tuberculine ou un résultat positif à l'examen microscopique.

Quand une lésion de l'utérus co-existe avec l'ascite, il faut d'abord tuberculiner l'animal; si la réaction est positive l'abatage s'impose ; si elle est négative, ne pas pratiquer l'hystérectomie qui provoquerait la mort par anémie cérébrale, ou par choc opératoire. Même si ces accidents étaient évités, l'épanchement en se reproduisant empêcherait la cicatrisation de la plaie abdominale qui céderait sous la poussée du liquide et donnerait lieu à l'éventration.

Dans le cas d'accouchement dystocique tardif compliqué d'infection, quand la malade est en voie d'intoxication, l'intervention est inutile car l'animal meurt le plus souvent au cours de l'intervention.

E. APERÇU ANATOMIQUE

Pour pratiquer facilement et sans danger une hystérectomie abdominale, il faut avoir des connaissances anatomiques assez précises. Il est donc indispensable de décrire l'anatomie de la paroi abdominale et des organes génitaux.

1. *LA PAROI ABDOMINALE.* — La région abdominale qui nous intéresse est la ligne blanche sous-ombilicale. Une section transversale faite au milieu de cette ligne nous permet d'étudier, de dehors en dedans les plans suivants :

La peau, mince et mobile, correspondant au sillon formé par les mamelles.

Une couche de tissu conjonctif, mince et peu abondant, difficilement séparable de la peau.

La tunique abdominale chez les carnivores fait défaut ou se confond avec le tissu conjonctif.

Une couche aponévrotique formée par les deux aponevroses juxtaposées, correspondant aux muscles grand et petit obliques de l'abdomen.

Le muscle grand droit de l'abdomen, dont les fibres sont parallèles à la ligne blanche; ce muscle et celui de côté opposé s'adossent, par leur bord interne, à la ligne blanche.

L'aponévrose du transverse de l'abdomen ou aponévrose sous-péritonéale.

Ces trois aponevroses se fusionnent pour former une gaine fibreuse enveloppant le grand droit de l'abdomen. Le feuillet superficiel et le feuillet profond de cette gaine se rencontrent sur la ligne médiane avec ceux du côté opposé, se soudent entre eux et forment de cette façon un cordon longitudinal, solide, qui s'élargit au niveau de l'ombilic. Ce cordon porte le nom de ligne blanche sur laquelle se pratique la laparotomie.

Le péritoine accolé à l'aponévrose du transverse de l'abdomen, ne présente aucune particularité, sauf des replis péritonéaux en forme de fleur au niveau de l'ombilic.

2. — LES ORGANES GENITAUX

- a) Morphologie et rapports ;
- b) Moyens de fixité ;
- c) Leur vascularisation.

a) MORPHOLOGIE ET RAPPORTS

Ovaires : Ils sont inclus dans le sac ovarien, rempli de graisse et formé par le péritoine. Il faut donc exciser le sac pour les voir ; ils se présentent sous la forme de deux organes, petits, ovalaires allongés avec une surface bosselée par des proéminences formées par les follicules de Graf. Ils sont situés très en avant, dans la direction du thorax, entre la dernière côte et l'angle externe de l'ilium. Ces organes reposent sur la paroi abdominale, à l'endroit où se rencontrent la face latérale et la face dorsale de cette dernière, entre l'extrémité pelvienne des reins et l'extrémité des cornes de l'utérus, tournées vers les trompes. L'ovaire droit est souvent situé plus en avant que l'ovaire gauche. Son extrémité antérieure s'étend, le plus souvent, sur la face ventrale du rein droit, tandis que l'ovaire gauche se trouve derrière le bord postérieur du rein gauche.

Les trompes de Fallope : sont courtes et peu ou point tordues, prises dans un repli péritonéal et offrent un étroit orifice du côté de l'utérus, un large orifice dans le sac ovarien qui mène au pavillon de la trompe. On voit difficilement les trompes dans le sac, à cause de la graisse que renferme ce dernier.

Les cornes : Les cornes se dégagent du fond de l'utérus, à peu près au niveau de la sixième ou septième vertèbre lombaire, et divergent en se dirigeant en avant et en dehors vers les reins, en forme de V. Elles sont cylindriques et très longues, la corne droite plus longue que la corne gauche. L'espace entre les deux cornes est libre, sauf un

ligament très petit au niveau du sommet de la pente formé par la convergence des deux cornes ; ce ligament est un repli du péritoine allant d'une corne à l'autre.

Le corps de l'utérus, son col et l'origine des cornes se trouvent du côté dorsal de la vessie, entre celle-ci et le rectum. Chez les carnivores multipares, ces parties arrivent parfois jusqu'au voisinage du rein.

Les cornes sont en rapport : en dedans avec le rectum et le colon descendant ; en dehors, avec la paroi abdominale. Leurs extrémités se trouvent du côté dorsal par rapport à la dernière section de l'intestin. L'utérus plein est couché directement sur la paroi abdominale et finit par atteindre le foie, le diaphragme et l'estomac. Les cornes sont même souvent obligées de se replier et de se placer transversalement, le diaphragme se trouve poussé jusqu'au 4^e-5^e espace intercostal.

Le corps de l'utérus : est court, cylindrique et se trouve dans la cavité abdominale, son extrémité antérieure présente une cloison médiane qui sépare les deux cornes et s'étend jusqu'à l'orifice interne, commun à celle-ci.

Le col de l'utérus : réunit le vagin au corps ; il est court cylindrique, rempli de fibres musculaires et présente un canal très étroit, appelé canal cervical qui a deux orifices : un vaginal et un utérin.

Le vagin : aplati de dessus en dessous, est très long chez les carnivores, et il est en rapport avec la cavité pelvienne, avec le rectum en haut et avec la vessie en bas. Son extrémité antérieure dépasse le bord antérieur du pubis et se trouve dans la cavité abdominale du côté dorsal de la

vessie ; il se rétracte vers l'utérus où il se termine. L'extrémité postérieure du vagin se termine par la vulve.

b) SES MOYENS DE FIXITE

Ligament ovario-rénal : Les ovaires sont fixés aux reins et à la colonne vertébrale par un repli du péritoine, qui forme pour chaque ovaire le sac ovarien.

Ce sac est formé par deux forts replis péritonéaux qui prennent leur origine sur les reins ou au voisinage de ceux-ci sur la colonne vertébrale. Ces replis envoient vers l'utérus deux plis principaux qui constituent le ligament ovario-rénal externe et le ligament ovario-rénal interne.

Le ligament externe va de l'orifice du sac vers le bord convexe du rein et se prolonge presque jusqu'au voisinage de la dernière côte.

Le ligament interne se dirige vers le bord postérieur du rein.

Les attaches ovariennes avec la colonne vertébrale sont complétées par le ligament large, dont le repli vient jusqu'aux trompes et les ovaires pour les entourer complètement.

Ligament large : Les cornes de l'utérus sont suspendues à l'aide des ligaments larges, relativement courts, étendus en courbe douce. Ces ligaments se détachent au niveau des 3°, 4°, 5° et même 6° vertèbres lombaires des deux côtés, pour venir se fixer sur le bord externe des cornes de l'utérus, sur le corps d'une partie du vagin sur les trompes et les ovaires. Les ligaments se confondent près du col, en passant par-dessus l'espace qui sépare les deux

cornes. Ces organes présentent deux feuillets, un externe et l'autre interne, qui arrivent vers le bord de l'utérus et le développent en divergeant.

Ligament rond : Ce ligament est un frein séreux qui commence à la face externe du ligament large et se dirige en arrière, en bas et en dedans, pour rentrer dans le canal inguinal où il s'amincit graduellement et se perd dans l'épaisseur du derme, au voisinage du pubis.

Ces ligaments sont dépourvus de vaisseaux chez les carnivores, contrairement à ce qu'on observe chez la femme.

Ligaments latéraux de la vessie : Ces ligaments fixent le vagin dans sa partie ventrale avec la vessie qui délimite ainsi le cul-de-sac vésico-vaginal. D'autre part, de chaque côté du vagin, partent des replis mésentériques, vers le rectum, pour délimiter latéralement le cul-de-sac recto-vaginal ou de Douglas.

c) LEUR VASCULARISATION

Deux vaisseaux principaux irriguent les organes génitaux femelles : l'artère et la veine utérine de chaque côté et l'artère et la veine utéro-ovarienne.

L'artère utérine correspondant à l'artère spermatique du mâle est beaucoup plus volumineuse que cette dernière. Elle prend naissance à l'artère ombilicale et se dirige vers le corps de l'utérus qu'elle longe latéralement dans toute son étendue, contenue entre les deux feuillets séreux des ligaments larges. Cette artère avec celle du côté opposé, arrivée à l'extrémité du corps de l'utérus, se continue en avant et en dehors à plus ou moins de distance du bord externe des cornes, en abandonnant à ces

dernières un grand nombre de rameaux. Vers l'extrémité antérieure de la corne, l'artère utérine vient s'anastomoser avec la branche utérine de l'artère utéro-ovarienne. En arrière, l'artère utérine se réunit à l'artère vésicale. Les artères utérines sont accompagnées de chaque côté, par les veines utérines qui s'anastomosent avec la vésicale en arrière.

L'artère utéro-ovarienne naît de la face interne de l'aorte et se dirige en avant et en dehors vers la face interne de l'ovaire. Cette artère en arrivant à l'ovaire forme un plexus entouré d'un frein péritonéal qui, avec l'artère et la veine utéro-ovarienne contribue à la formation du pédicule ovarien.

La veine utéro-ovarienne sort de l'ovaire et se dirige en avant sous la veine cave postérieure dans laquelle elle se jette en face des reins.

CHAPITRE II

A. — MATERIEL

Comprend une table d'opération, des instruments, des fils à ligature et à suture, des objets de pansements, des liquides divers et des cuvettes.

1. — *La table d'opération* : sera de préférence à bascule réglable à volonté.

2. — *Instruments* : Un bistouri convexe, une paire de ciseaux droits et courbes, une sonde cannelée, une pince anatomique, une pince à dents de souris, des pinces à porcipressure, quatre pinces de Kocher, deux valves de Doyen ou un écarteur de Collin, ou simplement deux érigines plates, une aiguille de Reverdin, une aiguille courbe fine à suture, une aiguille à coudre, une seringue de deux centimètres cubes, et une aiguille creuse de 6 à 8 centimètres de longueur et un millimètre de diamètre, ou un masque à anesthésie, si on fait l'anesthésie générale.

3. — *Les fils à ligature et à suture* : Ce sont des catguts chromés, de la soie, des crins de Florence ou des agrafes.

4. — *Objets de pansements* : compresses, ouate stérilisée, toiles à pansement et linges fenêtrés.

5. — *Liquides* : Eau et sérum physiologique pour lavage des mains et de l'opérée.

Solutions antiseptiques : liqueurs de Wan Swieten :

Sublimé	1 gramme
Alcool	10 grammes
Eau distillée	1000 »

Solution phéniquée :

Glycérine	} a a 25 grammes
Acide phénique	
Eau bouillie	950 »

Solution d'oxycyanure de mercure à 1 pour 4.000.

Ether, alcool à (90°) et teinture d'iode.

6. — *Cuvettes* : un plateau pour recevoir les instruments et récipients en verre ou en porcelaine pour les liquides .

B. — PRÉPARATION DU SUJET

Si l'intervention n'est pas urgente, pratiquer une analyse d'urine pour être certain que la malade n'est pas atteinte de glycosurie, ni d'albuminurie, états pathologiques au cours desquels, en général, toute intervention chirurgicale est contre indiquée.

Dans le cas de métrite chronique ou pyométrite, pratiquer une tuberculinisation.

Préparer la malade, en la soumettant à un régime diététique, lacté de préférence.

La veille de l'opération, l'opérée doit être légèrement purgée et lavementée.

Le vagin sera nettoyé à l'aide de larges irrigations,

la veille et le jour même de l'opération. Ces irrigations sont toujours nécessaires, même dans les cas d'urgence : on les complète par le tamponnement à la glycérine iodée.

Le jour de l'opération, la malade sera tenue à jeûn. La vessie et le rectum seront vidés de leur contenu afin de réduire leur volume et de faciliter les manœuvres opératoires.

C. — ANESTHÉSIE

L'anesthésie générale est toujours dangereuse et souvent contre indiquée sur des femelles infectées, déjà affaiblies, incapables de supporter le chloroforme ou l'éther.

La méthode de choix est la rachianesthésie. Deux centimètres cubes de stovaine à 5-10 pour 100 en injection lente, suivant les données de LERICHE (5 minutes par centimètre cube), laisser l'aiguille en place quelques minutes en bouchant avec la pulpe du doigt. Surélever le train postérieur pendant une à deux minutes pour diffuser le liquide dans les régions antérieures. L'anesthésie est parfaite cinq ou six minutes après l'injection et sa durée est de trois heures.

D. — LA STÉRILISATION PRÉ-OPÉRATOIRE

La région opératoire sera préparée suivant les règles de l'asepsie chirurgicale : savonnée, rasée, lavée à l'alcool, à l'éther, puis touchée à la teinture d'iode et recouverte d'un pansement sec. Pour la chatte, si difficile à raser,

on appliquera une pâte épilatoire au sulfure de baryum

La malade est fixée sur la table d'opération, basculée la tête en bas pour reporter les organes digestifs sur le diaphragme. On termine la préparation aseptique du champ opératoire que l'on recouvre d'un linge fenêtré ou que l'on délimite en l'entourant de compresse stérilisées fixées à la peau par des pinces.

Asepsie des mains, des instruments et des objets de pansement.

CHAPITRE III

HYSTÉRECTOMIE

Division : En chirurgie humaine, l'hystérectomie a été pratiquée par différentes voies, énumérées dans le tableau ci-dessous :

- a) Hystérectomie vaginale
- b) — para-vaginale
- c) — abdominale
- d) — par la voie sacrée et para-sacrée
- e) — par la voie para-coccygienne
- f) — par la voie périnéale
- g) — par les deux voies (abdomino-vaginale ou vagino-abdominale) sui-

vant que l'opération porte préalablement sur l'abdomen ou sur le vagin.

A l'heure actuelle, l'hystérectomie est pratiquée seulement par la voie vaginale, par la voie abdominale, ou par l'association des deux précédentes.

En médecine vétérinaire, l'hystérectomie est vaginale, inguinale ou abdominale proprement dite.

L'hystérectomie abdominale est la plus fréquemment

employée. Les deux autres voies sont obligatoires dans les cas exceptionnels de hernie ou de prolapsus utérin.

Suivant le siège de la section, on peut reconnaître :

Une hystérectomie *abdominale totale*, quand la section porte sur le vagin en arrière du col, l'utérus étant *totalement* enlevé avec ou sans ovariectomie.

Une hystérectomie sub-totale ou supra-vaginale lorsque le corps de l'utérus est sectionné au niveau de l'isthme seulement, le col étant conservé.

Il nous a semblé qu'il serait plus explicite de qualifier cette modalité d'hystérectomie *ante-vaginale* au lieu de supra-vaginale par suite de la position respective des organes, chez nos femelles domestiques.

Une hystérectomie partielle, quand elle n'intéresse qu'une seule corne.

Suivant le traitement que l'on fait subir au moignon, on peut pratiquer :

L'hystérectomie abdominale avec *pédicule externe* ou *extra-péritonéale* qui consiste à attirer le pédicule utérin, en dehors de la cavité abdominale.

L'hystérectomie avec *pédicule interne* ou *intra-péritonéale*, le moignon étant abandonné dans la cavité péritonéale.

L'hystérectomie *rétro-péritonéale* : le moignon utérin recouvert par un manchon séreux reste dans la cavité abdominale.

A. — HYSTÉRECTOMIE VAGINALE

Il ne faut pas confondre le renversement du vagin avec celui de l'utérus. Chez la chienne, le vagin est long :

c'est lui qui se renverse et que l'on enlève par ligature élastique.

Il n'y a pas en somme d'hystérectomie vaginale chez la chienne et je crois qu'il vaudrait mieux supprimer ce qui lui est relatif.

B. — HYSTERECTOMIE INGUINALE

Dans la cure chirurgicale d'une utéroécèle on pratique parfois l'hystérectomie partielle ou l'hystérectomie totale.

1. — HYSTERECTOMIE INGUINALE PARTIELLE

Dans un cas de hernie inguinale, CUNY resèque la corne grvide entre deux ligatures au catgut rentre la base de la corne dans la cavité abdominale et suture l'anneau inguinal. Après section de la corne entre deux ligatures, il est indiqué d'invaginer le moignon et de le maintenir par une suture séro-séreuse (CADIOT).

2. — HYSTERECTOMIE INGUINALE TOTALE

Afin de pouvoir pratiquer l'ablation totale de l'utérus par la voie inguinale, CHARMOY débride la commissure externe de l'anneau inguinal inférieur sur une longueur de 2 à 3 centimètres, place des ligatures, le plus loin possible sur la partie antérieure des cornes, mais ne parvient pas à pratiquer la section totale de celles-ci.

CHANIER eut recours à la même technique dans un cas de pyométrite : dans les deux cas, il fut impossible d'appliquer les ligatures au-delà des cornes afin de pratiquer l'ablation totale de l'utérus. Ces auteurs employaient

du catgut pour les ligatures : c'est une pratique dangereuse en raison de l'absorption trop rapide des fils, il est plus prudent de n'employer que du catgut à résorption lente (Brady-Gut) (catgut chromé, tanngut).

Quoiqu'il en soit, l'hystérectomie inguinale totale est impossible à pratiquer, elle doit être condamnée par les risques qu'elle comporte en laissant dans la cavité abdominale une partie des cornes infectées. Dans les cas d'utérocele gravide, après isolement et ouverture du sac, nous extrayons le fœtus suivant les règles de l'*hystérectomie* et pratiquons ensuite l'ablation de la corne ectopée. Son extrémité antérieure est sectionnée entre deux ligatures : sa base est coupée à égale distance de deux pinces de KOCHER et le moignon est traité comme, dans l'hystérectomie totale, par enfouissement séro-séreux (V. hystérectomie totale).

Parfois au cours d'une intervention de hernie utérine, l'opérateur juge que l'hystérectomie totale s'impose.

La conduite à suivre varie suivant que l'ectopie est ou non réductible.

Quand la réduction est possible, on la pratique pour suturer l'anneau inguinal et le tégument cutané ; après cicatrisation, on effectuera l'hystérectomie totale par voie abdominale.

Dans le cas de hernie *irréductible*, l'hystérectomie totale se pratique par la voie *inguino-abdominale* et comprend deux temps : inguinal et abdominal dans une même séance.

Pratiquer d'abord la laparotomie, appliquer sur la base de la corne ectopée et irréductible, une double ligature

placée au dessus de l'anneau inguinal supérieur, sectionner la corne entre les deux ligatures, puis par incision inguinale de la peau et du sac, extraire la corne, fermer la plaie inguinale, extraire par la plaie abdominale le reste de l'utérus en agissant suivant la technique de l'hystérectomie totale et suturer la plaie de laparotomie.

Cette technique rappelle celle employée parfois chez la femme dans certains cancers utérins ou l'hystérectomie est vagino-abdominale, en deux temps.

C. — HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE

1. — HYSTERECTOMIE ABDOMINALE PARTIELLE

En chirurgie humaine cette opération est très couramment employée sous les noms de partielle, sub-vaginale, sub-totale. Elle constitue l'opération de choix dans les cas de fibrome et certaines affections des annexes. (salpingite, hydro-salpinx, gestation extra-utérine).

Elle se pratique suivant quatre procédés différents :

L'hystérectomie par décollement.

» » incision transverse ou procédé
américain.

» extirpation de l'utérus (procédé
TERRIER).

» — » hémisection

Cette opération pratiquée dans certains cas de tumeurs ou de déchirure d'une corne, est rarement effectuée en chirurgie vétérinaire, car il est difficile de déceler les lésions utérines avant l'intervention.

Dans le cas où le diagnostic est établi par le dévelop-

pement énorme d'une tumeur, on pratique l'hystérectomie partielle si le néoplasme intéresse seulement une corne ; on suit la technique indiquée pour l'hystérectomie totale par voie abdominale. Mais le plus souvent on intervient si tardivement que les lésions sont rarement localisées à une seule corne ; d'autre part, la conservation des organes chez nos petites carnivores n'ayant d'intérêt que sur les reproductrices de valeur, l'hystérectomie totale ou sub-totale remplace presque toujours l'hystérectomie partielle.

2. — HYSTERECTOMIE ABDOMINALE TOTALE

L'hystérectomie abdominale totale dont l'emploi en chirurgie humaine est réservé aux cas de cancer utérin est d'un usage plus courant en chirurgie vétérinaire : différentes techniques ont été conseillées ; elles ne diffèrent qu'en ce qui concerne le traitement du moignon. Nous envisageons successivement :

La marsupialisation	{	du moignon.
La mortification		
L'invagination		
La cautérisation		
La désinfection		
La péritonisation	/	

a) *Hystérectomie abdominale supra-vaginale avec pédicule externe ou marsupialisation :*

Ce procédé décrit pour la première fois par M. PORRO en médecine humaine, a été appliqué en médecine vétérinaire par M. LIENAU et consiste à fixer le moignon utérin à la paroi abdominale.

TECHNIQUE : La malade étant anesthésiée au chloroforme, on pratique la laparotomie sur la ligne blanche ; on tire en dehors une des cornes et l'ovaire correspondant, et on pratique sur le pédicule ovarien deux ligatures de fil de soie ou de catgut, bien serrées et à une distance d'un centimètre l'un de l'autre, puis on sectionne entre ces deux ligatures. Le ligament large est ensuite incisé à l'aide d'un ciseau, d'avant en arrière et au-dessus de l'artère utérine qui longe le bord supérieur de la corne, jusqu'au voisinage de sa coudure inférieure. La même opération est pratiquée sur l'autre corne, puis on jette une forte ligature à la soie sur le corps de l'utérus, un peu en avant du col, et en arrière du dernier fœtus, ligature fortement serrée embrassant les deux artères utérines.

Avant de séparer le pédicule utérin de l'organe lui-même, on l'immobilise dans la plaie de la paroi. A cet effet, chacun des deux chefs de la dernière ligature appliqué sur l'utérus, est passé de dedans en dehors à travers la lèvre correspondante de cette plaie.

Les deux chefs sont ensuite noués formant ainsi le premier point de la suture de la plaie abdominale. Après avoir complété la suture de la plaie de la ligne blanche au moyen de points séparés et avoir ainsi fermé la plaie abdominale, l'utérus est sectionné en avant de la suture, en laissant une partie du moignon long de un centimètre à un centimètre et demi. Le moignon faisant bourrelet empêchera le retrait du pédicule dans l'abdomen.

Après l'opération, la plaie doit être soigneusement

lavée avec une solution antiseptique, et le moignon désinfecté en particulier par curetage, par cautérisation au thermo-cautère ou tout autrement. Au bout de quelques jours, le moignon se mortifie et se détache spontanément. A ce moment les adhérences seront établies entre le pédicule et le péritoine pariétal.

On peut aussi, après avoir fixé le moignon à la plaie abdominale comme il a été dit plus haut, passer une broche métallique au dessous de la ligature à travers le pédicule pour compléter la fixation du moignon. On suture ensuite la paroi abdominale, puis la peau autour du corps de la matrice et celui-ci est sectionné à deux centimètres en avant de la ligature (ROBERTÉ, en chirurgie humaine). Ou mieux encore, après avoir coupé les chefs de la dernière ligature on peut réunir le moignon plus intimement aux lèvres de la plaie abdominale dans l'angle postérieur de celle-ci, par un surjet circulaire intéressant la musculuse et la séreuse du moignon. Au bout de quelques jours l'extrémité de celui-ci se mortifie et s'élimine.

De ces différents procédés de marsupialisation, je retiendrai la fixation du moignon par surjet circulaire; de cette façon, le moignon est mieux fixé à la plaie abdominale; le contact de ses parois est plus immédiat avec la couche musculuse de la plaie et le péritoine pariétal : on peut obtenir ainsi une cicatrisation plus rapide. Le seul avantage de la méthode est que la mortification de l'extrémité du moignon se fait en dehors de la cavité abdominale. Mais tous ces procédés ont l'inconvénient de retarder la cicatrisation rapide et adh-

sive d'une partie de la plaie abdominale en raison de l'obstacle qu'oppose le moignon à l'affrontement total des lèvres. Il y a là une porte d'entrée pour les agents infectueux et danger de péritonite.

En outre étant donné que nos opérées ne restent jamais en repos absolu des tractions peuvent être exercées par le moignon marsupialisé sur la paroi abdominale, les fils cèdent, le moignon tombe dans la cavité péritonéale et provoque une péritonite.

b) *HYSTERECTOMIE INTRA-ABDOMINALE SUPRA-VAGINALE AVEC MORTIFICATION DU MOIGNON*

Ce procédé appliqué par M. Pichard consiste à établir la mortification de l'extrémité du moignon dans la cavité abdominale. Après avoir libéré les cornes utérines de leurs attaches ovariennes et péritonéales, on place sur le corps de l'utérus deux ligatures de soie, à environ trois centimètres et demi l'une de l'autre, la plus postérieure un peu en avant du col utérin et dont les chefs sont longs de 20-30 centimètres. Entre ces ligatures en masse très fortement serrées et à égale distance des chacune d'elles, on fait une section nette au bistouri. L'utérus et les ovaires sont ainsi enlevés et il ne reste plus que le moignon utérin sur lequel on place, par une suture en 8, un autre fil de soie à l'aide d'une pince spéciale appliquée à l'extrémité libre du moignon utérin, c'est-à-dire en avant de la ligature postérieure.

Les chefs de cette ligature ainsi que ceux de la ligature postérieure, sont amenés à l'extérieur de la cavité

abdominale entre deux points de la suture de la plaie ventrale, et attachés autour d'un petit bâtonnet en bois semblable à ceux employés par les épiciers pour ficeler leurs paquets. Il faut avoir soin de bien fixer les chefs de la ligature postérieure sur une encoche du bâtonnet afin de les bien reconnaître.

On ferme la plaie abdominale puis on applique un pansement aseptique et compressif. Au bout de 8 à 10 jours on fait sur les ligatures de légères tractions afin de détacher le moignon mortifié et de le ramener à la plaie abdominale. Après avoir enlevé quelques points de suture de la plaie le moignon est rejeté en dehors et la plaie abdominale se referme comme ci-dessus.

Ce procédé a de grands inconvénients : comme on pratique l'hystérectomie dans la plupart des cas pour débarrasser l'organisme d'un utérus infecté, il y a toujours danger en laissant le moignon dans la cavité abdominale, de voir survenir une péritonite mortelle.

En outre, dans ce procédé, on voit que les règles générales de la cicatrisation d'une plaie opératoire par première intention ne sont pas observées, puisqu'on est obligé d'ouvrir la plaie abdominale afin d'extraire l'extrémité du moignon mortifié.

c) *INVAGINATION*

Dans ce procédé, après la laparotomie sur la ligne blanche, on applique une double ligature sur chaque ligament utéro-ovarien, on isole ainsi les ovaires et les cornes jusqu'au corps de l'utérus. Après application

d'une dernière ligature sur celui-ci, on le sectionne: le moignon est refoulé dans la cavité abdominale et à l'aide d'une pince introduite par le vagin, les lèvres du moignon sont invaginées et maintenues dans cette position par une suture séro-séreuse, ou après avoir à l'aide de cette pince attiré le moignon dans le vagin jusqu'à l'orifice vulvaire, on applique une ligature sur le moignon invaginé de façon à obtenir un adossement séro-séreux. La cavité abdominale est ensuite fermée par une suture étagée. Au bout d'une dizaine de jours la chute du moignon est réalisée d'une manière complète.

Ce procédé ne peut être appliqué que chez les truies, les chèvres et les brebis, car leur vagin est relativement large, dilatable et moins long que chez les carnivores. Chez celles-ci on pourrait cependant l'appliquer pour certaines races de grande taille, comme les Danois et les Saint-Bernard, à la condition que les parois du moignon soient peu épaisses, sinon cette méthode est difficilement praticable.

Ce procédé a l'avantage de protéger l'organisme de l'infection, car le moignon une fois invaginé reste dans la cavité vaginale; les dangers de péritonite sont ainsi écartés, grâce à l'adossement où la suture séro-séreuse. Mais malgré la préparation du vagin avant l'opération, nous ne pouvons pas admettre qu'il soit complètement stérile et je crois qu'il faudrait faire de légères irrigations antiseptiques dans le vagin un ou deux jours après l'opération, en vue d'obtenir un milieu beaucoup plus stérile et une élimination rapide de l'extrémité du moignon mortifié.

d) CAUTERISATION

Ce procédé a été appliqué par M. Bouchet. Après avoir fait une laparotomie sur la ligne blanche, les deux cornes utérines sont successivement amenées au dehors et on applique une ligature au catgut sur chaque pédicule ovarien; les cornes sont ensuite séparées de leurs attaches jusqu'au corps de l'utérus, sur lequel on applique une double ligature, à deux centimètres de l'émergence des cornes, après amputation de l'utérus en avant de la ligature postérieure. La partie centrale du moignon correspondant à la couche muqueuse est désinfectée au thermo-cautère et l'opération se termine par le pansement, après ligature des artères utérines et de de celles de leurs branches qui irriguent les ligaments larges. Enfin après avoir abandonné le moignon dans la cavité abdominale, la plaie est refermée par une suture au catgut faite sur le plan profond et une seconde au crin de Florence réunissant les lèvres cutanées.

MM. le Professeur FORT et Dr RICHARD ont eu l'occasion en intervenant pour une tumeur utérine chez une chatte, de pratiquer l'hystérectomie en appliquant presque le même procédé.

L'animal étant anesthésié à l'éther-chloroforme, on pratique une laparotomie sur la ligne blanche. Les ovaires étant respectés, on sépare les cornes des ligaments larges, ayant soin de ligaturer des artères avec du fin catgut ; une dernière ligature avec un gros catgut est jetée sur l'utérus au niveau de sa pénétration vaginale et le corps

de l'utérus est sectionné et le moignon profondément cautérisé au thermo-cautère est abandonné dans la cavité abdominale, qui est ensuite fermée par des sutures étalées.

On voit que ces méthodes sont d'une exécution très facile et rapide, on obtient en outre une cicatrisation plus sûre de la plaie abdominale ; mais ces avantages sont sans aucune importance vis-à-vis des inconvénients que ces procédés présentent.

La mortification du moignon se faisant dans la cavité abdominale, le danger d'infection n'est pas écarté, car une partie de l'organe malade peut malgré la cautérisation, inoculer la séreuse et causer une péritonite.

e) *DESINFECTION*

Qu'elle soit pratiquée par un mélange d'acide borique 10 parties et iodoforme 1 partie (SPARTZ) ou par une solution d'eau bouillie lysolée (BERGEON), la désinfection du moignon n'est pas recommandable, car elle ne peut assurer d'une façon certaine son asepsie ; malgré les résultats heureux qui ont été signalés, cette méthode n'est pas à conseiller dans la pratique.

f) *PERITONISATION*

Ce procédé a été conseillé par le Professeur Coquot et ses collaborateurs ; après avoir pratiqué la laparotomie, la vessie est rabattue en arrière pour découvrir le cul-de-sac vésico-utérin sur lequel a lieu l'opération essentielle. Une pince à forcipressure, dont la branche inférieure aura per-

foré les ligaments larges, est appliquée sur le corps utérin. Avec une pince à mors plat, on soulève le péritoine au niveau de la face supérieure du vagin mis à découvert, sur la ligne médiane et juste en arrière du col de l'utérus. Dans le pli ainsi délimité, on fait aux ciseaux une boutonnière dans laquelle le bec d'une sonde cannelée engagée décolle la séreuse sur la face supérieure du vagin et latéralement sur une longueur de 2 à 3 centimètres, de façon à séparer les deux lames péritonéales qui constituent à droite et à gauche le prolongement des ligaments larges. Ce décollement terminé, la lame séreuse est incisée transversalement avec les ciseaux droits et on délimite ainsi un croissant de péritoine bien décollé, qui est tiré en arrière par deux pinces à forcipressure. Cette manœuvre terminée met à découvert la face supérieure du vagin (sujet en position dorsale) avec sa couche musculieuse et de chaque côté de l'organe les artères et les veines utérines. Après avoir ligaturé ces dernières avec un fil de soie ou de catgut passé au tenaculum, ou à l'aide d'une aiguille courbe, le vagin est incisé transversalement avec le ciseau droit, à un centimètre en arrière du col, entre les ligatures vasculaires ; la plaie de la section étant tamponnée, on applique 3 ou 4 points séparés, et le moignon ainsi fermé est placé en dehors de la cavité péritonéale, en suturant par un surjet au catgut ou à la soie, le croissant du péritoine décollé, avec la face inférieure du vagin qui a conservé son revêtement séreux, en ayant soin de prendre avec l'aiguille en même temps que le revêtement péritonéal, un peu de tunique musculaire à la face inférieure du vagin. La suture terminée, l'utérus et les ovaires sont libé-

rés de leurs adhérences, en précédant selon la technique habituelle.

Après avoir lavé le péritoine à l'eau bouillie ou au sérum polyvalent LECLANCHE et VALLÉE, la plaie abdominale est fermée par deux sutures à points séparés, l'une à la soie pour la couche musculaire et le péritoine, l'autre au crin de Florence pour la peau.

Ce procédé est le plus avantageux et le plus chirurgical. En supprimant la ligature du moignon, il évite la mortification de l'extrémité de l'organe dans la cavité abdominale. De plus, le moignon recouvert par un lambeau de séreuse reste en dehors de cette cavité et le danger d'infection du péritoine est ainsi écarté. Ce procédé ne peut être employé que pour une hystérectomie totale, en profitant du croissant péritonéal au niveau du cul-de-sac vésico-vaginal. Toutefois, dans certains cas, le décollement du péritoine au niveau du cul-de-sac vésico-vaginal est difficile, sans quoi, ce procédé serait idéal.

Dans certains cas d'accouchement, le vagin acquiert un calibre énorme, comme un bras d'enfant, quelquefois même davantage et à ce moment la paroi est tellement amincie que le décollement du péritoine est très difficile et délicat et il faut une habileté spéciale pour avoir un lambeau non déchiqueté.

D. — CHOIX D'UNE METHODE

Il s'agit maintenant de choisir parmi tous ces procédés le plus simple, de facile exécution et offrant le minimum de danger d'infection .

Après avoir expérimenté les différentes méthodes exposées précédemment, nous accordons la préférence à l'hystérectomie totale. Nous avons pratiqué l'hystérectomie abdominale avec pédicule intra-péritonéal suivant la technique que nous allons décrire. ,

La malade est fixée et anesthésiée, le champ opératoire préparé, les instruments stérilisés.

TECHNIQUE

La technique opératoire comprend neuf temps :

1^{er} temps : Laparotomie sous-ombilicale :

Une laparotomie bien exécutée constitue, peut-on dire la moitié du succès, et en disant bien exécutée, nous entendons que toutes les règles, tant au point de vue opératoire, qu'au point de vue aseptique, sont minutieusement observées. Il ne faut pas oublier qu'à ce moment nous mettons en communication avec le milieu extérieur des organes n'ayant jamais connu l'infection et dont la sauvegarde dépend de nous-mêmes. La laparotomie peut se faire de plusieurs façons, mais la plus favorable est sous-ombilicale et médiane, car pendant l'opération elle donne, grâce à un écartement convenable des lèvres de la plaie abdominale, un champ opératoire large et clair qui permet d'effectuer l'hystérectomie particulièrement délicate chez les petites femmes, surtout dans certains cas de gestation ou de métrite.

Incision de la peau et tissu cellulaire sous-cutané :

L'opérateur se place du côté droit ou gauche de l'opérée, mais de préférence à gauche.

Avec le bistouri convexe tenu de la main droite, en

archet, on pratique sur le sillon inter-mammaire une incision de la peau, du bord antérieur du pubis jusqu'à l'ombilic et on trouve en général sous la peau une couche graisseuse surtout épaisse au niveau du pubis.

Incision des couches sous-jacentes jusqu'au péritoine :
La peau et le tissu cellulaire sous-cutané étant ainsi sectionnés, deux serviettes aseptiques sont placées de chaque côté de l'incision, les bords en sont repliés au-dessus des lèvres et fixés à la peau de chaque côté par trois pinces à forcipressure, déposées une au milieu et les deux autres aux extrémités de l'incision. On continue alors l'incision qui porte successivement sur les aponévroses et les muscles jusqu'au péritoine. Cette incision doit être d'une longueur égale à celle de la plaie cutanée. L'hémorragie en nappe est tarie à l'aide de compresses et par l'application de pinces hémostatiques.

Incision du péritoine : Après avoir écarté en dehors et de chaque côté les lèvres des grands droits de l'abdomen, la main droite munie d'une pince à forcipressure saisit l'aponévrose sous-péritonéale et le péritoine vers son milieu et la confie à l'aide; avec une pince à griffes tenue de la main gauche, on fait un petit pli au péritoine en évitant d'en prendre une trop grande partie au niveau de l'un des angles de l'incision cutanée; à l'aide d'un bistouri on incise ce pli à sa base et alors apparaît une petite boutonnière sur le péritoine qu'on incise ^{sur} avec une sonde cannelée ou encore à l'aide de ciseaux en ayant soin de soulever le péritoine avec un ou deux doigts introduits dans la cavité abdominale.

Il est de règle dans l'hystérectomie de pratiquer, avant

l'opération, l'évacuation de la vessie : grâce à cette précaution, l'organe vidé descend dans le bassin et s'y cache sans dépasser par son sommet le bord antérieur du pubis; il n'y a donc aucun danger de le blesser en incisant le péritoine jusqu'à ce point.

Il est toujours prudent, pour empêcher la sortie des intestins et pour avoir un champ opératoire plus libre et large, de mettre l'opérée dans la position déclive 40-45° environ sur l'horizontale, la tête en bas. Cette position est excellente, elle permet de mieux examiner la lésion et facilite l'opération.

2° temps. — Examen et protection du champ opératoire:

Après ouverture de la paroi abdominale, on pratique un examen rapide de l'utérus et ses annexes qui fixe sur l'importance de l'intervention qu'il y a lieu de pratiquer. Avant de poursuivre celle-ci, il faut élargir le champ opératoire, à l'aide de deux valves de Doyen ou mieux encore d'un écarteur de Collin, qui supprime et remplace avantageusement un aide. A défaut, on peut se contenter de deux ériges plates à l'aide desquelles on écarte largement les lèvres de la plaie abdominale. Une fois mis en place, l'un ou l'autre de ces instruments ne seront déplacés ou tirés que le moins possible, pour éviter les déchirures du péritoine.

Le champ opératoire étant ainsi préparé nous voyons apparaître la masse intestinale et la vessie. Cette dernière forme une saillie légère et quelquefois dépasse le bord du pubis ; elle est vidée par légère pression (si elle ne l'était pas complètement avant l'opération) et rabat-

tue en arrière, pour bien découvrir la face ventrale du vagin.. Pour la protéger pendant l'opération, on la recouvre d'une compresse aseptique (en cas de grossesse, l'utérus gravide à tendance à sortir en dehors de la cavité abdominale).

La protection du champ opératoire est réalisée par des compresses de gaze ou de toile, glissées dans la cavité abdominale, étalée sur les intestins pour empêcher ceux-ci de se trouver en contact avec l'air extérieur, dont les poussières pourraient être nuisibles ou avec l'utérus et les produits septiques qu'il peut contenir. A ce moment on ne doit plus voir au fond de la plaie que l'utérus que l'on va attaquer et l'on doit avoir devant soi un champ opératoire large, propre, absolument exsangue.

3° temps : Ligature des pédicules ovariens — section des ligaments larges : Pour libérer l'utérus de ses moyens de fixité antérieure, avec le pouce et l'index de la main gauche, on saisit le vagin et on peut ainsi suivre l'utérus d'arrière en avant jusqu'à l'extrémité d'une des cornes. On arrive à toucher l'ovaire et le pédicule utéro-ovarien correspondant, qui sont attirés au dehors de la cavité. On applique une ligature au catgut sur ce pédicule au moyen d'une aiguille de Reverdin, on la serre progressivement et énergiquement, pour obtenir une oblitération parfaite de l'artère utéro-ovarienne ; on place une pince de Kocher en arrière de cette ligature à une distance d'un centimètre et demi, enfin le pédicule est sectionné entre la ligature et la pince. Puis au moyen

de ciseaux droits, on détache le ligament large d'avant en arrière juste au-dessus de l'artère qui longe le bord supérieur de la corne jusqu'au voisinage de sa coudure inférieure et on dégage le corps et le col de l'utérus jusqu'au vagin. On opère de même pour la corne opposée.

L'utérus libéré est tiré en dehors de la cavité péritonéale et renversé vers le pubis, on évite ainsi la souillure des organes et on facilite l'exécution des autres temps, surtout lorsque l'utérus a acquis un volume considérable.

4^e temps : Ligature des artères utérines : avant d'attaquer le vagin, il faut ligaturer les artères utérines au niveau où le vagin va être sectionné ; il suffit de passer sous ces vaisseaux un fil de catgut fin, bien serré, en utilisant une aiguille de Reverdin.

Ces ligatures définitives rendent les plus grands services ; elles permettent de gagner du temps, elles assurent une hémostase parfaite. Quand ce temps est terminé, il ne reste plus qu'à libérer l'utérus de son adhérence vaginale.

5^e temps. — Section du vagin : Grâce à la ligature des artères utérines, il est facile d'exécuter le cinquième temps qui consiste dans la section du vagin. Pour cela on applique une pince de Kocher (ses branches assez longues sont munies de tubes de caoutchouc pour ne pas écraser la paroi vaginale) sur le vagin, à peu près à un centimètre en arrière du col de l'utérus.

Parfois en cas d'accouchement dystocique, le calibre

du vagin est fortement développé et deux pinces mises de chaque côté sont nécessaires pour le fixer. On immobilise d'une façon identique l'utérus juste en avant du col et la partie à sectionner se trouve ainsi entre deux étages de pinces.

Ces pinces fermant la tranche vaginale et utérine empêchent provisoirement les liquides de s'écouler pendant la section et évitent ainsi une inoculation toujours dangereuse : elle assurent également l'hémostase. Puis au moyen d'une paire de ciseaux droits, on sectionne transversalement le vagin, en arrière du col, un peu en avant du point où les artères ont été ligaturées.

A ce moment, on a soin de placer sous le vagin une compresse aseptique qui recueillera le sang ou le liquide qui pourraient s'écouler et infecter le champ opératoire : cette compresse est jetée aussitôt après la section. Dans le cas d'un utérus gravide avec un fœtus engagé dans le col, la pince antérieure doit être appliquée en avant du col mais immédiatement en arrière du dernier fœtus, après avoir refoulé celui-ci vers la corne, de façon à ne pas être gêné pendant l'opération. Dans ce cas, si on veut obtenir les petits vivants, avant de sectionner le vagin, on peut les extraire aussitôt sans risquer de contaminer la cavité abdominale, car l'extraction se pratique en dehors du champ opératoire.

Quelquefois l'un des fœtus s'est engagé au niveau du col de l'utérus où il a succombé et subit un début de putréfaction ; on le trouve gonflé, emphysémateux et malgré toutes les manœuvres de refoulement, on n'arrive pas à dégager cette région. Dans ce cas l'hystérot-

mie est obligatoire, pour enlever le fœtus putréfié et continuer l'opération.

Quand ce temps est terminé, l'organe malade est jeté, il reste un moignon sur lequel vont être exécutées les autres manœuvres particulièrement importantes.

6^e temps. — *Enfouissement du moignon* : Après avoir soigneusement nettoyé la tranche de section et la muqueuse du vagin, au moyen de compresses aseptiques trempées dans le sérum physiologique, on ferme les lèvres du moignon par une première suture perforante, à points séparés ou mieux en surjet, au catgut n° 0 ou à la soie aseptique. Ce surjet est interrompu tous les trois ou quatre points, pour empêcher le relâchement de la suture. Quand il est terminé on fait un nouveau nettoyage à l'aide de compresses aseptiques.

Cette première suture est enfouie par un *second surjet séro-séreux* au catgut n° 00 après invagination du moignon vaginal dans sa propre cavité. A ce moment les pinces sont enlevées et l'on a un pédicule propre dans lequel la première suture perforante est complètement isolée ; l'extrémité du moignon reste tout à fait en dehors de la cavité abdominale.

Nous voulons signaler que l'invagination de l'extrémité du moignon fermé se fait facilement à l'aide du bec de la sonde, surtout en cas d'accouchement dystocique, ou en cas de métrite où nous avons vu plusieurs fois le calibre du vagin très fortement augmenté, souvent aussi gros que le bras d'enfant, chez une chienne de taille moyenne. Par contre, sur un vagin de petit calibre, l'in-

vagination est bien difficile, parfois même impossible . . on est dans l'obligation de se contenter d'une suture séro-séreuse, d'enfouissement sans invagination préalable.

7° temps. — *Revision et nettoyage de la cavité péritonéale* : Avant de fermer la plaie abdominale, il est indispensable de pratiquer une révision de la cavité péritonéale pour s'assurer que l'hémostase est parfaite au niveau des pédicules artériels et du moignon vaginal.

L'hémostase doit être parfaite ; refermer la cavité après l'hystérectomie, en laissant un suintement sanguin même minime, c'est risquer de voir apparaître un hématome dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, ou une collection sanguine dans le cul-de-sac commun, ou sur la plaie péritonéale médiane constituant ainsi un milieu très favorable à la pullulation microbienne.

Pour éviter ces inconvénients, on fait souvent un lavage à l'eau bouillie ou au sérum physiologique tiède ou au sérum polyvalent des professeurs LECLAINCHE et VALLÉE. Quand à nous, nous faisons la toilette de la cavité péritonéale au moyen de compresses aseptiques à l'aide desquelles nous tarissons complètement les suintements et évitons les caillots sanguins.

Le péritoine et les plaies opératoires étant ainsi soigneusement nettoyées, nous enlevons toutes les compresses intra-abdominales qui assuraient la protection du champ opératoire et isolaient les viscères. Nous les remplaçons par une compresse plus petite qui protégera les intestins et évitera la sortie des organes pendant la suture

du péritoine. Cette compresse sera retirée avant de fermer complètement le péritoine.

Si l'hystérectomie a été exécutée d'un façon absolument aseptique et s'il n'y a pas eu de suintement sanguin ni d'écoulement de liquide douteux pendant la section de l'utérus, on peut fermer la cavité péritonale en toute tranquillité ; au contraire dans les cas de suspicion d'infection il est préférable de drainer comme on le fait couramment en chirurgie humaine.

Le drainage se fait soit avec un drain seul, soit avec un drain entouré d'une compresse ou de mèches placées dans le cul-de-sac de Douglas. Le drainage permet d'isoler un champ et une plaie opératoires non aseptiques du reste de la cavité abdominale ; il préviendra en outre en cas d'hémorragie interne se produisant après fermeture de la cavité abdominale.

Le drain placé dans le cul-de-sac et fixé à l'angle postérieur de la plaie abdominale sera retiré au bout de quelques jours, suivant l'état de l'opérée.

8^e temps. — *Fermeture de la plaie abdominale* : Chez l'homme, le chirurgien après l'opération peut imposer une position déterminée à son opérée pendant plusieurs jours ; malgré cette précaution, il peut survenir une hernie post-opératoire sous l'influence d'efforts de toux ou de vomissements.

En chirurgie vétérinaire, cette question est plus délicate et nos moyens d'action complètement différents. Après l'intervention, la paroi abdominale est menacée de céder sous la pression exercée par la masse intestinale ;

elle peut également être arrachée par les dents de la malade. Il est particulièrement important d'obtenir une paroi résistante pour prévenir l'éventration ou une hernie post-opératoire.

La fermeture de la paroi abdominale peut se faire de deux manières : l'une comprend deux plans de suture, le premier plan est profond et réunit le péritoine et la couche aponévrotique ; l'autre superficiel affronte la plaie cutanée.

Nos préférences vont à une technique qui comporte trois plans de suture, soit en surjet, soit en points séparés qui réunissent les différentes couches de la plaie opératoire.

Le premier plan (au catgut n° 0) ferme le péritoine et l'aponévrose du transverse de l'abdomen, un second plan porte sur la couche musculo-aponévrotique et intéresse toute l'épaisseur des muscles droits ainsi que les autres aponévroses. Ces deux sutures profondes sont faites en utilisant du catgut chromé à résorption lente. Enfin une troisième à points séparés à la soie ou mieux au crin de Florence qui affronte les lèvres cutanées.

On peut également utiliser pour la fermeture de la peau des agrafes métalliques stérilisées.

9° temps. — *Protection de la plaie et de la région opératoire — pansement.*

Pour compléter l'opération après la fermeture de la paroi abdominale, on enlève le champ. La plaie cutanée est recouverte d'un pansement aseptique et compressif qui doit remplir un triple but : protéger la plaie opéra-

toire, et éviter l'infection, neutraliser la pression exercée par les viscères et enfin prévenir l'arrachement par les dents de l'opérée. Pour cela après avoir soigneusement nettoyé la région, nous faisons un léger badigeonnage à la teinture d'iode tout autour de la plaie cutanée; celle-ci est recouverte d'une épaisse couche de gaze stérilisée qui la déborde de tous côtés, puis d'une couche de coton hydrophile plus large qui recouvre toute l'étendue du ventre, le tout est fixé par une toile de forme rectangulaire plus ou moins large suivant la taille du sujet. Enfin par dessus nous appliquons un tablier de cuir épais et souple fixé sur le dos et qui recouvre complètement l'abdomen. Si l'opérée est une chienne, elle est maintenue muselée pendant toute la période de la cicatrisation.

Avantages de ce procédé :

a) Ce procédé est simple, rapide, il permet d'opérer avec une grande facilité, sans précipitation ; il ne faut pas plus d'un quart d'heure pour pratiquer l'ablation d'un utérus.

b) Cette technique évite l'application d'une ligature à l'extrémité du moignon, elle supprime la présence du moignon mortifié dans la cavité abdominale, qui fait toujours redouter l'infection.

c) La pince appliquée sur le vagin assure une hémotase provisoire, évite l'écoulement septique pendant la section du vagin et facilite l'application de la première suture perforante.

d) La suture totale en surjet réalise l'hémotase perma-

nente de la fermeture complète du vagin ; elle facilite la cicatrisation de la tranche vaginale.

e) En invaginant le moignon, la suture en surjet séro-séreux enfouit les lèvres de la plaie opératoire ainsi que la suture perforante qui se trouve complètement isolée de la cavité abdominale.

f) L'enfouissement réalise un solide barrage séreux qui joue un rôle tout à fait comparable à la péritonisation et qui paraît même plus sûr chez les carnivores ; il prévient les adhérences qui pourraient se produire entre les viscères et le moignon.

g) Le danger d'hémorragie est écarté par application des ligatures sur chaque pédicule artériel.

h) Avec trois plans de suture il n'y a pas danger d'événtration ni d'infection péritonéale post-opératoire. D'autre part, on peut obtenir une cicatrice très rapide et complète, au lieu d'attendre la mortification et l'élimination de moignon qui se fait dans le procédé par pédicule extra-péritonéal.

E. — SOINS CONSECUTIFS

1° HYGIÉNIQUES

L'opération terminée, on place la malade dans un milieu chaud, 20° à 25°, propre et bien aéré, sans courant d'air ; elle sera couchée dans un lit propre, entourée de flanelles, et on lui donnera un repos complet. L'opérée est très sensible au froid et, pendant quelques jours, si la température extérieure est basse, on mettra autour d'elle une large vessie ou une bouillotte, ou 3-4 bouteilles remplies d'eau chaude.

Pendant 12 ou 24 heures, l'opérée est maintenue à la diète absolue, puis on donnera un peu d'eau bouillie ou de thé, ensuite du lait, d'abord par petite quantité jusqu'au troisième jour, en augmentant progressivement jusqu'au sixième jour. A ce moment, pour combattre la constipation causée par le repos prolongé, la malade sera légèrement purgée à l'huile de ricin, et à partir du sixième jour, elle pourra être alimentée de préférence avec des préparations lactées et un peu de bouillon de viande.

2° THERAPEUTIQUES

Administrer aux malades 100 à 200 cc. de sérum physiologique par jour, en injection sous-cutanée ; en cas de besoin, utiliser le sérum caféiné ou glycosé. Donner à boire du café, du thé alcoolisé ou du vin vieux, pour fortifier l'organisme et réveiller l'état général. La température de l'opérée est surveillée matin et soir, jusqu'à la guérison.

Quand l'opération a été faite aseptiquement, on obtient le plus souvent une cicatrisation adhésive de la plaie opératoire. Dans ce cas, la température de l'opérée n'étant pas inquiétante, il est prudent de laisser le pansement en place le plus longtemps possible (5 à 6 jours). A partir de ce moment, le pansement est renouvelé tous les deux jours et la plaie est nettoyée au sérum physiologique et à l'alcool. Vers le huitième jour, on peut enlever les fils cutanés et quatre ou cinq jours après la cicatrisation est complète et le pansement est définitivement enlevé.

Parfois, vers le quatrième ou cinquième jour après l'opération, on peut noter une légère température, 39° , $39^{\circ}5$; le pansement enlevé, on constate une légère inflammation de la plaie et un peu de sérosité ; il n'y a là rien d'inquiétant : mêmes soins locaux.

Quelquefois, on n'obtient pas la cicatrisation par première intention ; la séreuse et la musculieuse sont sou-dées, mais la plaie cutanée suppure ; le drainage de celle-ci s'impose ; pour empêcher l'extension du processus inflammatoire au péritoine, le pansement doit être changé chaque jour.

ACCIDENTS ET COMPLICATIONS

1^o ACCIDENTS

Des accidents de certaine gravité peuvent se produire pendant ou après l'opération.

a) *L'anémie cérébrale* : ne s'observe que rarement et cet accident est évité en donnant à l'opérée une position assez déclive la tête en bas.

b) *L'hémorragie* : quand l'opération est bien exécutée, avec application d'une ligature sur chaque pédicule vasculaire, l'hémorragie n'est pas à redouter.

Si cet accident se produit, le combattre par les moyens ordinaires d'hémostase. Dans le cas d'hémophilie, injecter 5 à 10 cc. de sérum normal frais de cheval, en injection intraveineuse ou sous-cutanée, après l'opération.

Parfois on peut voir survenir la mort quelques jours après l'opération, et à l'ouverture de la cavité abdomi-

nale on est surpris de constater une hémorragie interne.

Cette hémorragie n'est due qu'à une mauvaise application des ligatures sur les pédicules artériels (ligatures trop ou insuffisamment serrées). Ces ligatures peuvent sectionner les vaisseaux ou glisser suivant les cas.

c) *Le (shock) — choc opératoire :*

Cet accident est le plus souvent le résultat d'une opération intra-péritonéale de longue durée et peut se terminer quelquefois par la mort. On le combattra avec des injections sous-cutanées de caféine, d'éther, d'huile camphrée et de sérum physiologique ; la tête sera placée en position déclive. Dans les cas graves, on injectera dans les veines du sérum physiologique ou du sérum polyvalent des professeurs LECLAINCHE et VALLÉE.

d) *La syncope :*

Elle peut survenir pendant ou après l'opération ; elle est extrêmement grave. Le même traitement s'applique dans le choc, avec respiration artificielle, traction de la langue, excitation du tégument, etc...

e) *L'éventration. — hernie post-opératoire :*

Elle résulte d'une mauvaise suture de la plaie abdominale, par l'emploi de catgut qui se résorbe avant la cicatrisation de la plaie. Le plus souvent ce sont les malades elles-mêmes qui en sont la cause, en arrachant le pansement avec leurs dents pour lécher ou gratter la plaie. Parfois les opérées sont mises en liberté avec un pansement insuffisamment compressif, les sutures cèdent sous la pression exercée par la masse intestinale et la hernie post-opératoire ou l'éventration se produisent. Il faut agir rapidement, réduire l'organe ectopié après lavage

au sérum physiologique tiède, éther, etc... et suturer ensuite la plaie abdominale après avoir avivé les bords s'il y a lieu. Pour conjurer l'éventration, nous préférons appliquer trois étages de suture et n'employer que du catgut chromé ou de la soie à la place du catgut ordinaire. Le repos absolu et l'application de la muselière entre les repas, un tablier de cuir par-dessus le pansement, sont des moyens préventifs dont il faut tenir compte.

2° COMPLICATIONS

La seule complication à redouter, est la péritonite : si menaçante autrefois, elle est plus rare aujourd'hui, grâce à l'observation rigoureuse de toutes les règles de l'asepsie et de l'antisepsie chirurgicales. Elle résulte presque toujours d'une infection par les mains, les instruments ou par le moignon.

La péritonite peut évoluer sous une forme septicémique : on luttera contre elle avec les mêmes moyens que ceux que l'on emploie contre le choc, mais généralement le sujet succombe en deux ou trois jours.

Le plus souvent, la péritonite évolue moins rapidement et reste localisée. Elle apparaît, en général, vers le troisième jour et se manifeste par l'élévation de température et des vomissements. Ces symptômes s'atténuent peu à peu et la guérison survient ; parfois cependant la péritonite progresse et se termine par la mort au bout d'une semaine.

A côté du traitement classique de la péritonite, on sou-

tiendra la malade, par le lait et les lavements alimentaires.

La plaie sera drainée ; tous les jours on donnera issue au pus. Mieux vaut chez nos petites malades, dès que les signes de péritonite apparaissent, effectuer un lavage complet de la séreuse avec une légère solution boriquée chaude, du sérum physiologique ou une solution de sublimé à 1 pour 5000, après une nouvelle laparotomie.

CHAPITRE IV

OBSERVATIONS PERSONNELLES

Nous avons eu l'occasion de pratiquer l'hystérectomie abdominale avec ou sans ovariectomie, par enfouissement du moignon : *nous en exposerons les principales :*

OBSERVATION I

Chienne caniche, âgée de 18 mois, poids 12 kilos.

L'analyse de l'urine ne décèle rien d'anormal. Température : 38°4.

L'hystérectomie totale par enfouissement (les ovaires étant respectés) est pratiquée sous anesthésie générale (méthode mixte) : atropo-morphine et chloroforme. L'animal présente un choc opératoire qui dure environ deux à trois heures, malgré une injection sous-cutanée de 50 cc. de sérum physiologique et de 10 centigrammes de caféine.

Trois heures plus tard, nouvelle injection de 50 cc. de sérum suivie d'une injection sous-cutanée de 5 cc. d'huile camphrée à 1 pour 10 cc. et administration de café alcoolisé. Le soir, la température est de 38°2 et l'animal présente encore de la torpeur. Le lendemain, la température est de 38°6, l'opérée est gaie, se promène et boit un litre de lait dans la journée.

Les jours suivants, la température s'élève jusqu'à 39°2 et,

le cinquième jour, le pansement est enlevé; la plaie n'offre aucun écoulement séreux ni purulent. Malheureusement, l'opérée présente sur la paroi abdominale des éruptions vésiculeuses, stigmates de la maladie du jeune âge; cette affection générale explique l'hyperthermie constatée (39°2). Néanmoins, le sixième jour, l'animal n'a rien perdu de sa gaieté, boit de 1 à 2 litres de lait et accepte de manger de la soupe.

Nous lui administrons un lavement glycériné pour éviter la constipation due au repos prolongé et conjurer les efforts de défécation susceptibles de produire la rupture des points de suture placés sur la paroi abdominale.

Le pansement est renouvelé le septième jour après enlèvement des points de suture.

Le neuvième jour, la cicatrisation est complète; l'opérée totalement guérie est laissée sans pansement.

OBSERVATION II

Chienne Griffon feu, 12 ans, poids 13 kilos.

Cette chienne présentait des signes d'emphysème très marqué et un souffle cardiaque à l'auscultation.

L'âge avancé du sujet, son état morbide, le choc opératoire observé dans le cas précédent nous faisaient redouter un échec opératoire; nous décidons néanmoins de pratiquer l'hystérectomie.

Nous pratiquons une rachi-stovaïnisation, mais après l'ouverture de la paroi abdominale, l'animal réagit violemment et une éviscération survient. Nous hésitons à avoir recours à l'anesthésie générale par suite des antécédents du sujet et nous limitons notre intervention à une hystérectomie supravaginale par simple ligature. (Les vives réactions de la chienne au cours de l'opération provenaient d'une erreur de concentration dans la préparation de la solution de stovaïne : 1 % au lieu de 5 %). Les jours suivants, l'opérée ne manifeste aucun trouble, reste gaie, boit du lait; la température est toujours inférieure à 38°9. Le cinquième jour, le pansement

est renouvelé, il n'y a pas la moindre trace de suppuration et l'alimentation normale est reprise graduellement. Le huitième jour, les points de suture sont enlevés et, le dixième jour, la plaie étant cicatrisée, le pansement est enlevé.

OBSERVATION III

Chienne de chasse, 3 ans, poids 18 kilos.

Nous avons pratiqué l'hystérectomie abdominale supravaginale par enfouissement, après rachi-stovainisation.

Les jours suivants, la fièvre ne dépasse pas 39°, l'appétit est conservé, l'opérée est gaie, et se promène dans sa niche et dans la cour du chenil. Le cinquième jour, le pansement est changé; il n'y a pas de suppuration, ni de sérosité.

Le septième jour, l'opérée est trouvée dans sa niche ayant complètement déchiré son pansement; la plaie est en contact immédiat avec le milieu extérieur. L'animal était arrivé à enlever avec ses dents deux à trois points de suture vers la région pubienne, le reste de la plaie cutanée est cicatrisé par première intention.

Dans l'impossibilité manifeste d'empêcher l'animal de déchirer son pansement, nous continuons à traiter la plaie comme une plaie ordinaire et la guérison survient rapidement.

OBSERVATION IV

Chienne berger allemand, 3 ans, 13 kilos 500.

Cette chienne présentée à la consultation, comme étant atteinte aux dires du propriétaire, d'une plaie ancienne à la tête, consécutive à une morsure; les poils masquant la cicatrice, le diagnostic n'est pas précisé.

Un examen plus attentif permet de conclure à une tumeur de nature indéterminée, nécessitant une intervention chirurgicale.

Au cours de l'observation, on note sous la peau un amas de poils noyés dans une masse adipeuse; il s'agit d'un kyste dermoïde. Des complications post-opératoires d'origine indéterminée amènent un abattement prolongé et des manifestations démentielles, incoordination de la marche, amaurose, troubles de la sensibilité et de l'émotivité, quelques signes de chorée. L'animal ne reconnaissant pas son maître, celui-ci en décide l'abandon au service.

Sur cet animal d'expériences, après anesthésie générale au chloroforme, nous pratiquons l'hystérectomie totale par enfouissement, complétée par l'ovariotomie.

On note un choc opératoire combattu par les injections sous-cutanées successives de sérum physiologique 100 c. c., caféine 10 centigrammés, huile camphrée 5 c. c. à 10 %.

Les jours suivants les manifestations choréiques réapparaissent, l'opérée présente des vomissements incoercibles avec anorexie totale entraînant la mort au cours d'une crise de méningo-encéphalite survenant le troisième jour de l'opération.

OBSERVATION V

Chatte noire, âgée d'un an.

Nous pratiquons l'hystérectomie totale par enfouissement avec ovariectomie, après anesthésie générale à l'éther.

Les jours suivants, le maximum thermique est de 39° 1.

Le quatrième jour, nous changeons le pansement et nous constatons autour de la plaie une légère tuméfaction qui est produite par de la sérosité.

Le septième jour, l'œdème a disparu; on enlève les points de suture et le onzième jour la plaie complètement cicatrisée est laissée sans pansement.

OBSERVATION VI

Chatte grise, trois ans et demi (métrite).

La chatte après un accouchement normal présentait tous les symptômes de métrite, avec écoulement vulvaire grisâtre

et d'odeur fétide; les irrigations antiseptiques intra-vaginales n'avaient produit aucune amélioration : nous décidons de pratiquer la cure chirurgicale. Après rachistovaginaisation nous pratiquons l'hystérectomie totale avec ovariectomie, suivant notre technique.

Le lendemain, la température est de $39^{\circ} 1$, l'opérée est un peu abattue et l'appétit capricieux.

Les jours suivants la température demeure inférieure à $39^{\circ} 2$, la malade est un peu gaie, mais l'appétit est encore capricieux.

Le quatrième jour, le pansement est renouvelé, nous constatons un léger exsudat séreux vers la région du pubis; l'opérée mange bien la viande, de préférence la viande crue hachée.

Le septième jour, l'état général est satisfaisant, la plaie nous permet d'enlever les points de suture. Le onzième jour, la plaie est complètement cicatrisée par première intention et le douzième jour le pansement est supprimé.

L'utérus enlevé n'était pas plus gros qu'un doigt d'homme, la muqueuse de l'utérus était fortement congestionnée et recouverte de pus semi-liquide.

OBSERVATION VII

Chienne berger allemand, 4 ans, 22 kgs.

Hystérectomie totale par enfouissement, les ovaires sont respectés (dans un cas d'accouchement dystocique).

Une chienne primipare, se trouvant à terme, met bas neuf chiots vivants. L'animal continue à faire des efforts expulsifs qui décideront le propriétaire à présenter sa bête à notre clinique.

L'exploration vaginale et la palpation par le flanc nous décelèrent la présence de deux fœtus; malgré des manœuvres répétées et laborieuses qui durèrent environ deux heures l'extraction forcée ne donna aucun résultat.

Il fut décidé d'accord avec le propriétaire de procéder

d'urgence à l'hystérectomie, seule chance de salut. Rachistovainisation.

A l'incision de la cavité abdominale, un examen rapide des organes génitaux nous montre un utérus très volumineux ; les cornes et le vagin congestionnés ont un calibre supérieur à un bras d'homme : un fœtus se trouve dans la corne droite et un autre est à demi engagé dans le col utérin. Etant donné l'inflammation des cornes utérines et le danger imminent d'infection, l'hystérectomie nous a paru de toute urgence et absolument nécessaire.

Après avoir libéré les cornes de leurs adhérences antérieures, il nous est impossible malgré des manipulations répétées de dégager le fœtus engagé dans le col, nous devons pratiquer l'hystérotomie pour enlever le fœtus gonflé avant de terminer l'hystérectomie totale suivant notre technique habituelle.

Le lendemain l'opérée accepte du lait, mais présente quelque abattement que nous combattons à l'aide d'injection sous-cutanée de sérum caféiné et d'huile camphrée.

La température n'a jamais dépassé 39° 5, l'appétit s'est rétabli très rapidement; le lendemain de l'opération, l'opérée prenait deux à trois litres de lait; la gaieté est revenue très vite et la cicatrisation a été obtenue par première intention. Dix jours après l'opération, le pansement était enlevé et la chienne guérie quittait l'hôpital après 12 jours d'hospitalisation.

OBSERVATION VIII

Chienne épagneul breton, 3 ans, 14 kgs.

Hystérectomie totale par enfouissement avec ovariectomie (métrite infectieuse accompagnée de mammite).

Cette chienne, dans un accouchement normal, met bas 8 chiots. Cinq jours après elle présente une écoulement vulvaire, des abcès de la mamelle et une anorexie complète.

Après un examen sérieux, nous constatons une métrite

infectieuse, des fistules mammaires et l'animal débilité présentait un état septique avec une température de 40° 9.

D'accord avec le propriétaire, nous décidons de pratiquer l'hystérectomie.

Rachi-stovainisation :

L'une des fistules était située près de la ligne blanche. Nous la nettoyons avec un tampon de gaze imbibé de teinture d'iode et pratiquons l'hystérectomie totale avec ovariectomie, suivant notre technique habituelle.

L'opération se termine normalement, l'utérus enlevé pesait 273 grs; la muqueuse était tapissée de bourgeons volumineux et les ovaires participaient à l'inflammation.

Le pansement est renouvelé deux fois par jour pendant les trois premiers jours; les jours suivants nous faisons le pansement tous les matins.

Le lendemain de l'opération, température 38° 9, l'opérée mange peu, toutes les mamelles sont enflammées; de nombreux abcès entourent la plaie opératoire qui communique elle-même avec les fistules, le pus qui s'écoule sous la suture cutanée nous oblige à enlever les points de suture sur les deux tiers postérieurs.

Deuxième jour, température 41°, anorexie, la plaie opératoire est noyée dans le pus, les mamelles présentent çà et là des plaques de gangrène; à la pression, les abcès donnent un pus abondant, mélangé de lait cailleboté qui vient sourdre dans la plaie opératoire.

Pour éviter l'infection du péritoine, tous les points de suture sont enlevés et nous plaçons un drain dans la plaie. La mammite nécessite l'application de compresses chaudes. La malade ne boit que du lait que nous devons lui administrer de force. Pour soutenir le cœur et l'état général, nous avons injecté chaque jour 50 à 100 c. c. de sérum caféiné et 3 à 5 c. c. d'huile camphrée.

Sixième jour, température 38° 5, les abcès s'ouvrent; le second plan de suture est enlevé; toute la moitié postérieure

de la plaie bourgeonne bien; l'appétit est encore capricieux.

Huitième jour, température 39°, la malade est gaie, accepte du lait; l'état de la plaie est très satisfaisant et les abcès sont cicatrisés.

Au douzième jour, nous pouvons ajouter à notre statistique un nouveau succès opératoire.

RESULTATS

Ces quelques observations nous permettent d'établir les conclusions suivantes :

L'hystérectomie, bien qu'étant une intervention délicate, n'est pas difficile à pratiquer et toutes les femelles carnivores, quelle que soit leur faiblesse, peuvent la subir. On opère sans danger à la condition d'observer minutieusement toutes les règles de l'asepsie chirurgicale.

Après une hystérectomie abdominale totale par enfouissement, on obtient la guérison en 12 jours au maximum.

Doit-on enlever l'utérus dans le cas de métrite ou d'accouchement dystocique ? Nous n'hésitons pas à répondre par l'affirmative.

Aujourd'hui tous les auteurs sont d'accord pour déclarer les métrites chroniques et les pyométrites à peu près incurables ; aussi l'intervention chirurgicale, sûre et précise, est-elle préférable aux autres traitements qui ne donnent que des résultats illusoires.

Dans les accouchements dystociques, l'hystérectomie sera toujours préférable à l'extraction forcée qui est

excessivement dangereuse chez les carnivores et très difficile par suite de la longueur du vagin. De plus, on opère aveuglement et dans presque tous les cas on lèse la muqueuse génitale lorsqu'on ne perfore pas l'organe.

Nous avons vu et pratiqué plusieurs fois l'extraction forcée ; les résultats heureux sont extrêmement rares. Si on arrive à extraire les fœtus par les manœuvres obstétricales ou par mutation, souvent il se produit une métrite à la suite de l'accouchement.

L'hystérectomie sera préférée à l'hystérolomie, dans le cas de dystocies dues au fœtus et lorsqu'il n'y aura pas infection de l'utérus. Mais celle-ci est de règle, car les propriétaires font opérer leurs animaux lorsque les fœtus sont déjà en état de putréfaction. Dans ce cas, l'hystérectomie totale s'impose, il en est de même dans le cas de dystocies maternelles en vue d'éviter la récidue.

Dans les accouchements dystociques, quand les propriétaires consultent tardivement, les malades sont fatiguées, déprimées et souvent incapables de supporter l'anesthésie générale.

Il nous est arrivé plusieurs fois de voir succomber les malades au début de l'intervention ou au cours de la période pré-opératoire : l'autopsie décelait des perforations utérines ou de la péritonite.

Quand l'accouchement dystocique se prolonge au-delà de 24 heures, les chances de succès ne dépassent guère 5 p. 100. Avant ce terme, l'hystérectomie procure des résultats satisfaisants, il en est de même dans le cas de métrite.

Doit-on pratiquer l'hystérectomie totale ou ante-vaginale ?

L'hystérectomie totale supprime le cul-de-sac laissé par l'ablation ante-vaginale ; les liquides du moignon peuvent facilement s'écouler au dehors par le canal vaginal et on peut drainer celui-ci avant et après l'opération par des irrigations antiseptiques.

En pratiquant l'hystérectomie totale avec ou sans ablation des ovaires suivant la technique indiquée, nous n'avons jamais eu d'accidents.

Le fait de conserver les ovaires n'a que peu d'importance, car chez nos carnivores, ces glandes ne semblent pas jouer un grand rôle en dehors de leur fonction reproductrice.

Une remarque digne d'intérêt est de ne pas employer la soie pour la suture du plan profond de la paroi abdominale. J'ai constaté sur l'une de mes opérées, 62 jours après cicatrisation complète et sur la ligne blanche, de petits abcès du volume d'une noisette, qui avaient tendance à s'ouvrir spontanément. Ces abcès donnèrent écoulement à une petite quantité de pus grisâtre et dans le fond de la cavité, on aperçut des fils de suture à la soie; nous les avons enlevé et quatre jours après la plaie cutanée était cicatrisée.

CONCLUSIONS

I. — En nous résumant, l'hystérectomie est une opération récente en chirurgie vétérinaire et qui n'est de pratique courante chez les carnivores que depuis quelques années.

Nous pouvons dire que cette opération est une des plus importantes de la chirurgie canine, où elle présente de plus en plus un intérêt considérable.

II. — Grâce à elle dans l'accouchement dystocique et la gestation extra-utérine, on peut sauver la mère et quelquefois même les petits.

III. — L'hystérectomie n'est pas seulement une intervention obstétricale ; au point de vue thérapeutique, elle a également une valeur incontestable ; la cervicite, les métrites et les salpingites, qui sont des maladies graves et fréquentes chez les carnivores, sont ordinairement incurables par les moyens médicaux.

IV. — Le seul traitement efficace est l'hystérectomie totale qui assure la guérison dans presque tous les cas, par l'ablation des organes malades.

V. — Cette méthode sera également employée dans les cas de tumeurs, de déchirure, de torsion utérines et dans les utéroécèles irréductibles.

VI. — En cas d'accouchement dystocique, l'hystérectomie est toujours préférable à l'hystérotomie, car elle est plus sûre et réduit au minimum les risques d'infection péritonéale.

VII. — En cas de métrites, l'hystérectomie doit être complétée par l'ovariectomie.

VIII. — Si on intervient assez tôt, les carnivores sont capables de supporter cette opération et le résultat est généralement satisfaisant.

IX. — La technique que nous avons suivie est simple, rapide et facile à exécuter. Elle présente les avantages suivants :

a) Elle assure une hémostase parfaite en appliquant la ligature sur chacun des pédicules.

b) Le danger d'infection est écarté par un barrage séro-séreux après enfouissement de l'extrémité du moignon.

c) Par cette méthode, on peut pratiquer l'hystérectomie totale, ante-vaginale et l'hystérectomie partielle.

d) Trois plans de suture évitent la hernie post-opératoire ou l'éventration et l'infection par le milieu extérieur.

X. — La suture à la soie ne doit être employée que pour la peau exclusivement.

XI. — Après rachianesthésie, une intervention rapide et aseptique donne toujours un résultat sérieux.

Vu : *Le Doyen,*

H. ROGER

Vu : *Le Président de Thèse,*

M. JEANNIN.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris

M. CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- ADRIAN. — *Annales de médecine vétérinaire* (Bruxelles),
1862, page 299.
- ALMY (J.M.). — *Journal de médecine vétérinaire*, 1900,
page 102.
- BERGEON (M.P.). — *Journal de médecine vétérinaire*
1902, pages 161-289.
- *Recueil de médecine vétérinaire* (Alfort), 1906,
pages 460-844.
- *Revue générale de Médecine vétérinaire*, 1906,
page 295.
- BOUCHET (M.). — *Bulletin de la Société cent. de méd. vét.*
1906, p. 473.
- BOULET et REYNAL. — *Nouveau dictionnaire vétérinaire*.
Tome 15, pages 718, 521, 561.
- CADÉAC. — *Revue générale vétérinaire*, 1885, page 120.
- *Journal de médecine vétérinaire*, 1897, page 462.
- CADIOT (P.J.) et ALMY. — *Traité de thérapeutique*, 1924,
pages 280-541.
- *Précis de chirurgie vétérinaire*, 1926, page 618.

- CAGNY (P.). — *Journal de médecine vétérinaire*, 1878, page 428.
- CHANEL. — *Recueil de médecine vétérinaire* (Alfort), 1825, page 257.
- CHANIER. — *Revue générale de méd. vétér.*, 1906, p. 304.
- CHARLE (P.L.). — *Thèse de Paris*, 1893, n° 22.
- CHARMOY (M.). — *Bulletin de la Société cent. de méd. vét.*, 1913, p. 262.
- *Recueil de méd. vétér.*, 1914, page 442.
- CHATAREAUX, DESCAMPAIX. — *Bulletin de la Soc. cent. de méd. vétér.*, 1891, page 611.
- CONSTANTIN. — *Archives vétérinaires*, 1881, page 152.
- COQUOT (A.). — *Recueil de médecine vétérinaire*, 1914, page 582.
- CROS (M.). — *Recueil de médecine vétérinaire*, 1832, page 599.
- CUILLÉ. — *Revue générale de méd. vétér.*, 1905, p. 554.
- CUNY. — *Journal de méd. vétér.*, 1906, page 282.
- *Recueil de méd. vétér.* 1906, page 651.
- DEGIVE. — *Annales de méd. vétér.*, 1878, page 297.
- *Précis de méd. opératoire vétér.*, 1908, page 508.
- DOYEN (M.R.). — *Trait. de thérapeutique chirurg.*, Tome V, 1913, pages 419-298.
- DUCORNEAU. — *Revue génér. de méd. vétér.*, 1901, p. 542.
- ELLENBERGER (W.) et BRAUN (H.). — *Anatomie du chien*, traduit par DENIKER.
- FAURE (J.L.). — *L'hystérectomie*, 1906.
- FORGUE (E) et MASSABUAN (G). — *Nouveau traité de chirurgie clinique et opératoire gyné*, 1927, pages 979-987.

- FRIEDBERGER. — *Bulletin de la Société cent. de méd. vétérinaire*, 1875, page 350.
- GALTIER et BOISSIÈRE. — *Larousse médical*, page 550.
- GENÉE. — *Recueil de méd. vétér.*, 1860, page 167.
- GUIBÉ (M.). — *Chirurgie de l'abdomen*, 1917.
- HOBDAY. — *Journal de méd. vétér.*, 1896, page 361.
- HOOFET. — *Annales de méd. vétér.*, 1903, page 109.
- LEBLANC. — *Journal de méd. vétér.*, 1908, pages 70-385.
- LEDRU (E.). — *Recueil de méd. vétér.*, 1866, page 115.
- LEMOINE et DUPAS. — *Recueil méd. vétér.*, 1897, page 97.
- LERICHE. — *Anesthésie rachidienne*, presse médicale, 1928, n° 15.
- LESBOUYRIES. — *Thèse de Paris*, 1926.
- LIENAU. — *Annales de méd. vétér.*, 1895, page 76, 1899, page 249.
- LITTRÉ (E.). — *Dictionnaire de méd. chirur. et pharmaceutique*, 1903, page 803.
- MARION (G.). — *Manuel de technique chirurgicale*, 1921, page 831.
- MARQUIS (E.). — *Presse médicale*, 1928, n° 12.
- MATHIS. — *Bulletin de la Soc. de méd. vétér.*, 1904-1905, pages 311-385.
- *Revue génér. de méd. vét.*, 1905, page 357.
- *Journal de méd. vétér.*, 1905, page 26.
- MENU. — *Thèse de Paris*, 1893.
- OBERBOSCH. — *Annales de méd. vétér.*, 1903, page 45.
- PARASCANDOLO. — *Journ. de méd. vétér.*, 1900, page 487.
- PERRIER (Edmond). — *Nouveau dictionnaire*, 1900.
- PETIT (Jacques). — *Bulletin de la Soc. de méd. vétér.*, 1922, page 487.

- PEUCH. — *Recueil de méd. vétér.*, 1899, page 234.
- PEUPION (M.P.). — *Recueil de méd. vétér.*, 1885.
- PICHARD (J.). — *Bulletin de la Société de méd. vétér.*,
1905, page 31.
- POST. — *Annales de méd. vétér.*, 1903, p. 45.
— *Revue générale de méd. vétér.*, 1904, page 38.
- RAILLET. — *Archives vétér.*, 1878, page 401.
- REUL. — *Annales de méd. vétér.*, 1878, page 137.
- RICHARD. — *Bulletin de la Société vétér.*, 1910, , p. 163.
- RICHELIOT (L.G.). — *Chirurgie de l'utérus*, 1902.
- ROBERT (J.) et (M.). — *Journ. de méd. vétér.*, 1900-1905,
page 656, page 23.
- ROBIN (V.). — *Obstétrique vétér.*, 1923, pages 461-467.
- SIMON. — *Recueil de méd. vétér.*, 1906, pages 185-189.
- SPARTZ. — *Recueil de méd. vétér.*, 1904, p. 358.
- SULMEN. — *Annales de méd. vétér.*, 1873, page 137.
- TASKIN. — *Revue générale de méd. vétér.*, 1927, page 399.
- TURQUET. — *Recueil de méd. vétér.*, 1868, page 20.

TABLE des MATIERES

Introduction	9
Choix du sujet	12
Définition	14
Historique	14
Indications	17
Contre-indications	26
Aperçu anatomique	27
Matériel	34
Préparation du sujet	35
Anesthésie	36
La stérilisation pré-opératoire	36
Hystérectomie, division	38
Hystérectomie vaginale	39
» inguinale	40
» abdominale	42
Choix d'une technique	52
Soins consécutifs	64
Accidents et complications	66
Observations personnelles	75
Résultats	78
Conclusion	81
Bibliographie	84
